

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 / 小児慢性特定疾病登録者証申請書

申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 更新	<input type="radio"/> 変更	受給者番号 (更新・変更の場合は記入)						
受診者 / 要支援者	フリガナ	アキタ	ミライ	年齢	生 年 月 日					
	氏 名	秋田 未来			●歳	H ●●年 ●月 ●●日				
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2								12桁のマイナンバーを記載してください。
	住 所	〒000-0000 秋田市●●1-1-1			電話番号	018-000-0000				
	加入医療保険	被保険者証発行機関名 (保険者名)	全国健康保険協会秋田支部			被保険者証の 記号・番号	1 1 1 ・ 2 2 2 2			
	被保険者氏名	秋田 太郎			受診者との続柄	父				
申請者 (※1)	フリガナ	アキタ タロウ			受診者との関係					
	氏 名	秋田 太郎			父 ・ 母					
	個人番号	987654321012								
	住 所	〒								
疾病名	●●病、▲▲病 (複数の疾病を申請するときはすべて記載してください。)									
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護 事業者等を含む)	医	所在地								
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店 <input type="checkbox"/> 訪問看護 事業者等を含む	小児慢性特定疾病に係る利用を希望する病院・薬局・訪問看護ステーションをすべて記載してください(秋田市外も含む)。申請した医療機関が、秋田市(市外の場合は他自治体)の指定を受けた小児慢性特定疾病指定医療機関でない場合は医療費を助成できません。秋田市内の指定医療機関は、秋田市子ども健康課ホームページに掲載しています。							受診者が小児慢性特定疾病とは違う病気で特定医療費(指定難病)の認定を受けている場合は「有」に○を記入してください。	
受診者の特定医療費(指定難病)支給認定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有			<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 申請中	受給者番号 ( 11223344 )				
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯内按分特例 (※3)			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (※4)				
登録者証申請※5				申請する・申請しない						
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (※6、7)	年	月	日	【上記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災し、等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]						
上記のとおり申請します。	年	月	日	医療意見書の診断年月日等を記載してください。 チェックを入れた場合、それぞれ必要書類も提出してください。 1. 人工呼吸器等装着者...人工呼吸器等装着者証明書 2. 重症患者認定...重症患者認定申告書 3. 世帯内按分特例...当該家族の受給者証の写し 4. 高額かつ長期...自己負担上限月額管理票の該当月の原本 どちらかに○をしてください。						

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は氏名欄に本人と記入する。
- ※2 受診者欄に記入したものと異なる番号がある場合に記入(携帯電話など)。
- ※3 同一世帯(受診者と同じ医療保険に加入している方)で小児慢性特定疾病又は指定難病の認定を受けている患者がいる場合。
- ※4 医療費総額が月5万円を超える月が年間6回以上あり、重症患者認定申請書を提出する場合。
- ※5 「申請する」を選択した場合、市が災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。
- ※6 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
- ※7 更新の場合は、原則記入不要。

(裏面も記載してください)

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入している方。受診者本人を除く）について記入してください。

フリガナ 氏名 個人番号	受診者との続柄	生年月日	年齢	小児慢性特定疾病医療給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	特定医療費(指定難病)給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	市民税課税状況	
						課税 所得割額	非課税 収入額
アキタ タロウ 秋田 太郎 987654321012	父	S〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
アキタ ハナコ 秋田 ハナコ 112233445566	母	S〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中 (01234567)		
アキタ イチロウ 秋田 一郎 665544332211	兄	H〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
				有			
				無・申請中	無・申請中		
			歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
			歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
			歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		

マイナンバーを記載してください。

記入  
不要

今回申請する受診者と同一の健康保険証に加入しているかたで「小児慢性特定疾病」又は「指定難病」の医療費の支給認定を受けている場合は、〇をつけた上で、受給者番号を記載してください。

※太枠内のみ記入してください。

【秋田市記載欄】 以下は記入しないでください。

市民税課税状況	(課税) 所得割額合計	円	(非課税) 収入額	円		
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得					
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分 [ ]				
認定内容	階層区分	月額自己負担限度額	円	保険所得区分		
備考						