小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

（※１）

受診者	受給者番号（※２）								転入前自治体名	（　　）都・道・府・県（　　）区・市・町・村		
	フリガナ									年　齢	生　年　月　日	
	氏　　名									歳	平　成 令　和　　年　　月　　日	
	個人番号											
	住　　所	〒									電　話	
	加入医療保険	被保険者氏名									受診者との続柄	父・母・本人 その他（　　）
		保険種別	国保（一般・退職）　国保組合　協会けんぽ　組合健保　共済組合　その他（　　）									
		被保険者証発行機関名								被保険者証の記号・番号		
	疾病名											
申請者（※３）	フリガナ									受診者との関係	父・母・本人 その他（　　）	
	氏　　名											
	個人番号											
	住　　所	〒								電話番号		

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	☐	人工呼吸器等装着（※４）	☐	重症患者認定（※４）
	☐	高額かつ長期　（※４）	☐	世帯内按分特例（※４）

今回申請する受診者が、他の小児慢性特定疾病で受給者証を持っている場合	有（受給者番号　　）・無
今回申請する受診者と同じ世帯内で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けており、かつ同じ医療保険に加入する者の有無	有（氏名・受給者番号　　）・無

		医療機関等名	所在地
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）	病院・診療所		都・道・府・県　区・市・町・村
			都・道・府・県　区・市・町・村
	薬局		都・道・府・県　区・市・町・村
	訪問看護		都・道・府・県　区・市・町・村

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（※５、６）	令和　　年　　月　　日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日になっている理由】 ☐医療意見書の受領に時間を要したため ☐症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため ☐その他（　　）

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

申請者氏名

令和　　年　　月　　日　　電話番号（自宅）

（携帯）

盛岡市長　　様

※１　新規・更新・変更のいずれかに〇をする。　※２　更新または変更の方のみ記入。※３　受診者本人と異なる場合に記入。　※４　裏面の注意事項を参照。
※５　医療費の支給認定日は、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、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。
※６　更新の場合は原則記入不要。

ここから下の欄には記入しないでください。

盛岡市記入欄	世帯課税状況	課税	円　市町村民税額（所得割）			自己負担上限額の特例	人工呼吸器等	重症患者認定
		非課税	収入金額	80万円以下　・　80万円を超える			高額かつ長期	世帯内按分特例
	階層区分	生活保護（Ⅰ）・低所得Ⅰ（Ⅱ）・低所得Ⅱ（Ⅲ）・一般所得Ⅰ（Ⅳ）・一般所得Ⅱ（Ⅴ）・上位所得（Ⅵ）					月額自己負担上限額	円
備　　考								

○　指定医療機関に関する事項

受診を希望する（指定）医療機関（薬局、訪問看護事業所を含む）　　表面の記入欄が足りない場合にご利用ください。

	医　療　機　関　等　名	所　在　地	
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）		都・道・府・県	区・市・町・村
		都・道・府・県	区・市・町・村
		都・道・府・県	区・市・町・村
		都・道・府・県	区・市・町・村
		都・道・府・県	区・市・町・村

○　加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					
世帯員氏名		受診者との続柄		年金・手当等収入の有無	有　・　無
個人番号					

○　支給認定基準額に関する事項

自己負担限度額がⅥ（上位所得）でかまわない旨を了承し、市町村民税額を確認する書類を提出しない場合は、署名をお願いします。

市町村民税（所得割）課税年額が25.1万円以上であり、自己負担区分Ⅵ（上位所得）でかまわない旨を了承し、所得を確認する書類を提出しません。

氏名（申請者自署）

※国保組合の方は、所得区分の保険者照会のため所得を確認する書類を省略できないため、こちらの自署はできません。

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください】

送付先住所	〒
氏　　名	受診者との関係（　　）　電話番号（　　）

※4　注意事項

＜人工呼吸器等装着＞　⇒「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」の提出が必要です。

継続して常時（※）生命維持管理装置を装着する必要があり、かつ日常生活動作が著しく制限されている方です。

※「継続して常時」とは一日中施行しており、離脱の可能性がないものを指します。

＜高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」）＞

高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が５万円を超える月が年間６回以上ある方であること。

（例：医療保険２割負担の場合該当の、医療費の自己負担が１万円を超える月が年間６回以上）

＜重症患者認定＞　⇒「重症患者認定申請書」の提出が必要です。

審査で基準に該当していないと判断されれば、一般申請として取扱います。

＜世帯内按分特例＞

同一世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けている方で、同じ医療保険に加入している方がいる場合は、