

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  
(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<br>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<br>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<br>その他( ) |                  |  |
|                                                                        | 氏 名                      |              |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |                          |                  |                  |  |
|                                                                        | 個人番号                     |              |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |                          |                  |                  |  |
|                                                                        | 住 所                      | □受診者と同じ      |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |                          |                  |                  |  |
| 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(※4) |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定(※4)       |                  |  |
|                                                                        | <input type="checkbox"/> | 世帯内按分特例(※4)  |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 | <input type="checkbox"/> | 高額かつ長期(※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        |                  |                  |  |
| 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 療 機 関 等 名              |              |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 | 所 在 地                    |                  |                  |  |
|                                                                        | 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 |                          |                  |                  |  |
| 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)                                | 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】<br><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |                 |                          |                  |                  |  |
| 上記のとおり、申請します。<br>令和 年 月 日<br>申請者氏名 盛岡市長 様 電話番号 (日中連絡の取りやすい番号をご記入ください。) |                          |              |                                       |  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |  |                 |                          |                  |                  |  |

※1 新規・更新・変更のいずれかに○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 「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバー等を用いた情報連携により、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 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。  
※7 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<br>(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<br>(Ⅰ) | ・ 低所得Ⅰ<br>(Ⅱ)     | ・ 低所得Ⅱ<br>(Ⅲ)     | ・ 一般所得Ⅰ<br>(Ⅳ) | ・ 一般所得Ⅱ<br>(Ⅴ) | ・ 上位所得<br>(Ⅵ) | 月額自己負担上限額 | 円 |
|        | 備 考    |             |                   |                   |                |                |               |           |   |

