

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)

記入例

(※1)

受診者	受給者番号(※2)	0 0 0 0 0 0 0	転入前自治体名	() 都・道・府・県 () 区・市・町・村		
	フリガナ	モリオカ ハナコ		年齢	生年月日	
	氏名	盛岡 花子		● 歳	平成 ●年●月●日	
	個人番号	△△△△○○○○××××		令和		
	住所	〒020-0884 盛岡市神明町△番△号		電話	080-△△△△-×××× (父)	
	加入医療保険	被保険者氏名	盛岡 太郎		受診者との続柄	○ 父・母・本人
		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	全国健康保険協会 ●●支部		被保険者証の記号・番号	記号 △△△△ ×××× 番号 △△	
疾病名	●●●●症					
申請者(※3)	フリガナ	モリオカ タロウ		※18歳以上の受給者の方は扶養の有無にかかわらず、ご本人が申請者となります		
	氏名	盛岡 太郎		申請者は原則医療保険の扶養者となります。扶養者の居住地が違う等のご相談ください。		
	個人番号	△△△△○○○○××××		個人番号(マイナンバー)を必ずご記入ください。		
	住所	〒		受診者と同じ住所の場合は✓を入れる。 <input checked="" type="checkbox"/> 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	同一の氏名を記載ください。		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	●●病院	岩手 都・道・府・県 盛岡 区・市・町・村			
	薬局	□□薬局	岩手 都・道・府・県 盛岡 区・市・町・村			
	訪問看護	△△訪問看護ステーション	岩手 都・道・府・県 盛岡 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】 <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たことにより、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	日付は記載不要		ご連絡が付きやすい方の電話番号を記入してください。申請者以外の方でもかまいません。			
申請者氏名	盛岡 太郎		電話番号	080-△△△△-××××(母)		
	盛岡市長 様		(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(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)
備考						月額自己負担上限額	円

○ 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	盛岡 太郎	受診者との続柄	父	年金・手当等 収入の有無	有 ・ 無
個人番号	△△△△○○○○××××				
世帯員氏名	盛岡 桜子	受診者との続柄	母	年金・手当等 収入の有無	有 ・ 無
個人番号	△△△△○○○○××××				
世帯員氏名	盛岡 花子	受診者との続柄	本人	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					

個人番号（マイナンバー）を必ずご記入ください。

○ 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）

希望する場合のみ記載

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	希望する場合のみ記載		
	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、氏名と番号を記入してください。