

新規・更新

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

|   |                                 |   |   |
|---|---------------------------------|---|---|
| (あて先) 横須賀市長   |                                 | 令和 年 月 日  |   |
| 受診者   | フリガナ氏名                          | 生年月日  | 平成・令和 年 月 日   |
|   | 個人番号                            |   | ( 歳)  |
|   | 居住地                             | 〒   |   |
|   | 小児慢性特定疾病の名称                     | 他の疾病で指定難病医療費の受給又は申請   | あり・なし (ありのときは疾病名)   |
|   | 加入医療保険                          | 被保険者氏名  | 受診者との続柄   |
|   | 保険者                             | 被保険者証の記号・番号   |   |
|   | 保険種別                            | 健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国保・国保組合・生保・その他   |   |
| 申請者(※1, 2)  | フリガナ氏名                          | 受診者との続柄   | 父・母・本人<br>その他 ( )   |
|   | 個人番号                            |   |   |
|   | 居住地                             | 〒 ※受診者と異なる場合に記入<br>連絡先<br>自宅<br>(父・母・本人・その他)の携帯   |   |
| 受診を希望する指定医療機関の名称及び所在地<br>(薬局、訪問看護事業者を含む)  | 医療機関等の名称                        |   | 所在地・電話番号  |
|   |                                 |   | 電話  |
|   |                                 |   | 電話  |
|   |                                 |   | 電話  |
|   |                                 |   | 電話  |
| 自己負担上限月額の特例   | 重症患者認定                          | 該当・非該当  | 人工呼吸器等装着<br>該当・非該当  |
|   | 高額かつ長期                          | 該当・非該当  | 世帯内按分特例<br>(該当の場合は下欄に対象者を記入)<br>該当・非該当                      |
| 世帯内按分特例の対象者<br>(受診者と同じ医療保険に加入し、生計を一にする者で指定難病・小児慢性特定疾病の受給・申請がある人。受診者の、小児慢性とは異なる指定難病を含む)      | 指定難病                            | 氏名  | 受給者番号   |
|   | 小児慢性                            | 氏名  | 受給者番号   |
| 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<br>(※3, 4)  | 年 月 日                           | 【左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】<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[ ] |   |
| 小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な市税等に関する情報を調査すること、医療意見書を保健相談の資料に使用されることについて承諾します。<br>令和 年 月 日 氏名(申請者 ※1) |                                 |   |   |
| 備考  | ※申請者と窓口に来た人が異なるときは、以下を記入してください。 |   | 本人確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 |
|   | 代理人氏名(窓口に来た人)                   |   | 収受印   |
|   | 居住地                             | ※申請者と異なる場合に記入   |   |
|   | ※更新申請のときは、以下も記入してください。          |   |   |
| 受給者番号   | 小児慢性特定疾病児手帳の交付の希望               | あり・なし   |   |

※1 申請者は、原則として加入医療保険の被保険者(世帯員、組合員)である保護者です。受診者が18歳以上の場合は受診者本人です。  
 ※2 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「本人」と記載してください。  
 ※3 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)の同じ日まで遡ることが可能です。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してください。  
 ※4 更新の場合は、原則記入不要です。

