

記入例

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		提出日→ 令和 8 年 7 月 1 日			
受診者	フリガナ 氏 名	ヨコスカ コタロウ 横須賀 子太郎			
	生年 月 日	平成 (令和) 4 年 4 月 1 日 (4 歳)			
	個人番号				
	居住地	〒 238-8550 横須賀市小川町 11 番地			
	小児慢性特定 疾病の名称	心室中隔欠損症 ←意見書の名称をご記入			
加入 医療 保険	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)			
	受診者との 続柄	父・母・本人 その他 ()			
	被保険者の 記号・番号	1234 56789 10			
加入 医療 保険	被保険者 氏名	横須賀 父男			
加入 医療 保険	保険者	全国健康保険協会 ○○支部			
加入 医療 保険	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	ヨコスカ チチオ 横須賀 父男			
	生年 月 日	平成 (令和) 4 年 4 月 1 日 (4 歳)			
	個人番号				
受診を希望する 指定医療機関の 名称及び所在地 (薬局、訪問看護事業 者を含む)	居住地	〒 ※受診者と異なる場合に記入			
	連絡先 ※日中つながり やすい番号をご 記入ください。	自宅 046-822-9729 (父 母 本人・その他)の携帯 090-****-****			
	医療機関等の名称	所在地・電話番号			
	はぐぐみ病院	横須賀市○町○-○ 電話 046-****-****			
	はぐぐみ診療所	横浜市○区○-○○ 電話 045-****-****			
はぐぐみ薬局	横須賀市○町○○-○ 電話 046-****-****				
はぐぐみ訪問看護ステーション	横須賀市○町○-○ 電話 046-****-****				
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	該当・非該当	
世帯内按分特例の対象者 (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)	高額かつ長期	該当・非該当	世帯内按分特例 (該当の場合は下欄に対象者を記入)	該当・非該当	
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 (※3, 4) ↑詳細はお問い合わせください	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を記載してください。		【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】 □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[]			
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。					
令和 8 年 7 月 1 日 氏名 (申請者 ※1) 横須賀 父男					
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	□ 済 □ 未済
	代理人氏名 (窓口に来た人)	横須賀 母子		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。 ←※令和5年10月1日以降の年月日より適用
- ※4 更新の場合は、原則記入不要です。

医療費支給認定基準世帯員（兼世帯調書）

- ・住民票上の世帯員の各項目について、記入してください。ただし、住民票が別でも、受診者本人と同じ医療保険に加入している人がいるときは、その人についても記入をしてください。その場合、「同居・別居の別」の「別居」を○で囲み、備考欄に住所を記入してください。
- ・個人番号の記入が必要な人は、以下のとおりです。
「国民健康保険・国民健康保険組合」に加入しているとき → 同じ保険に加入する世帯員の分
「社会保険」に加入していて、受診者・申請者以外の人が被保険者であるとき → 被保険者の分

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	医療保険が 受診者と 同じ・異なるの別	同居 別居 の別	市町村民税 課税・非課税 の別	公的年金等 の受給 ※1
受診者 ヨコスカ コタロウ 横須賀 子太郎	本人	平成 令和 4 年 4 月 1 日	—	—	課 税 非課税	—
* * * * * 申請者 ※2 (被保険者) ヨコスカ チチオ 横須賀 父男	父	昭和 平成・令和 63 年 10 月 20 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	あり なし
* * * * * ヨコスカ ハハコ 横須賀 母子	母	昭和 平成・令和 2 年 12 月 15 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
* * * * * ヨコスカ シロウ 横須賀 二郎	弟	昭和・平成・令和 2 年 5 月 10 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
* * * * *		昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
* * * * *		昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
* * * * *		昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
* * * * *		昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
備考						

※1 公的年金等とは、遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、障害に対する公的補償（労働災害補償等）等を指します。

※2 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）です。こちらの面では、受診者が18歳以上の場合も加入保険の被保険者（世帯員、組合員）をご記入ください。

＜事務処理欄＞

基準世帯員	所得割額	手当等収入額	既 原	I 生保 血友病	II 収入< 82万 6,500円	III 収入≥ 82万 6,500円	IV 税額< 7.1万円	V 7.1万円 ≤税額< 25.1万円	VI 税額> 25.1万円
			備考						
合 計									