

(新規 ・ 更新 ・ 変更) ※1
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

				受給者番号	
受診者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	H R 年 月 日 (歳)
	個人番号			電話	(自宅又は勤務先)
	住所	(〒 -)			(携帯)
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄
保険種別		国保・協会健保・共済・健組 国保組合・船員・生保		被保険者証の 記号・番号	
被保険者証 発行機関名					
申請者	フリガナ			受診者との 続柄	
	氏名				
	個人番号			電話 (※1参照)	(自宅又は勤務先)
	住所 (※2参照)	(〒 -)			(携帯)
疾病名					
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)	医療機関名			所在地	
	※書ききれない場合は 続きを裏面に記入して ください。				
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得				
自己負担上限月額特例 (該当する場合は○)	重症患者認定 ・ 高額かつ長期 ・ 人工呼吸器等装着 ・ 世帯内按分特例				
今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合(申請中含む)				有 (指定難病受給者番号) ・ 無	
今回申請する受診者と同じ世帯(※3参照)内にいる指定難病または 小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請中の者を含む) ※対象者がいる場合は該当する医療助成に○を入れ、受給者証の写しを添付してください。				氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病
				氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病
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(※4,5)	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となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、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、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。なお、支給認定にあたり、担当課長が支給認定に必要な住民情報、世帯員の市民税課税状況、医療保険加入状況および治療内容について確認することを世帯全員が同意します。					
令和 年 月 日			申請者氏名		
高知市長様					

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受給者本人の場合は本人と記載する。
- ※3 受診者と生計を一にする者(同じ保険に加入している者)とする。
- ※4 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(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。
- ※5 更新の場合は、原則記入不要。

裏面にも記入してください

高知市使用欄		前回所得	A・B1・B2・C1・C2・D	保険証写	窓 口 ()	郵 送	/ 書
個人番号確認	個力・通力・住票等・未確認・記載無(理由)			意見書	受付日(消印日)	R . .	
身元確認	(1点確認) 運免・個力・住B・旅券・障手・在留・身証 ()			所得確認	審査会	大・セ	
	(2点確認) 保証・印証・住票・年金・母手・通帳・キャ・クレ・診券・その他 ()					通知書発送日	R . .
認定所得	A・B1・B2・C1・C2・D	特 例	重症・高額治療・人工呼吸器等装着・世帯内按分	所 証	国保組合・被用者非課税		

受診者及び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)

※国保・国保組合は同じ医療保険に加入している全員、生保は生保受給中の世帯全員、被用者保険(協会健保・健保組合・共済組合等)は受診者と被保険者のみについて記入してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	個人番号
	H R 年 月 日	受診者	
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		
	T S H R 年 月 日		

	医療機関名	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) ※表面に書ききれ ない場合につづき を記入。		

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、以下の記入をお願いします。

「保険の世帯」が市町村民税非課税の場合は、申請者(保護者)の収入によって月額自己負担上限額が異なります。(18歳未満の受給者については父母)

課税対象となる収入(給与や年金等)は課税所得証明書で確認しますが、下記の給付等については別途確認が必要となりますので、下表に記入の上、受給状況が分かる公的機関の発行する書類の提出をお願いします。

給付金等	
保護者が下記の給付金等の給付を受けていますか? (18歳未満の場合は父母)	受けている ・ 受けていない
※受けている場合は、以下のうち該当する給付金等を○で囲んでください。	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害基礎年金(1・2級) ・ 障害共済年金(1・2・3級) ・ 遺族厚生年金 ・ 特別児童扶養手当 ・ 特別障害給付金 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害厚生年金(1・2・3級) ・ 障害一時金 ・ 遺族共済年金 ・ 障害児福祉手当 ・ 労災、公務災害による障害補償給付等
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寡婦年金 ・ 特別障害者手当 ・ 遺族基礎年金 ・ 福祉手当