

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

香川県知事殿

申請者 (受診者の保護者 又は 成年患者)

住所 坂出市〇〇町〇〇番地〇
フリガナ カガワ イチロウ
氏名 香川 一郎

個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
受診者との続柄 父
電話番号 (0877) 00 -0000

重症患者、人工呼吸器等装着者である場合は、☑をつけたうえで、必要書類を添付してご提出ください。

(日中連絡がとれる電話番号を記入してください。)

次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給の認定を申請します。

Application form table with fields for applicant details, insurance, income, and medical facilities. Includes checkboxes for special provisions like 'Artificial Respiration Equipment' and 'Household Allowance'.

同じ世帯内に小児慢性特定疾病あるいは指定難病の患者がいる場合は、☑をつけてください (裏面参照)。

医療費支給認定基準世帯員 (受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名 (受診者との続柄)	個人番号	氏名 (受診者との続柄)	個人番号
	香川 一郎 (父)	○○○○○○○○○○○○○○	()	
	香川 花子 (姉)	○○○○○○○○○○○○○○	()	
	香川 咲子 (妹)	○○○○○○○○○○○○○○	()	
	()		()	

(受診者と生計を一にする者) が指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者である場合は、次の欄に記入すること。

氏 名	受診者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号: 0000000)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)
香川 花子	姉	<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号: 0412345)
香川 咲子	妹	<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)

患者と同一(保険)世帯内に、指定難病及び小児慢性特定疾病の患者が居る場合は、改めてこちらの欄に該当する方の氏名・受診者との続柄を記載し、該当する制度にをつけて受給者番号を記載してください。

また、ここに記載する必要がある場合は、表面の「自己負担上限額の特例」の「**世帯内按分特例**」にも忘れずにをつけてください。

備考			
			般Ⅰ
			般Ⅱ
			上位

- (注)
- 「新規・更新」の部分は、いずれかを○で囲むこと。
 - ※印の欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - については、該当するものに「レ」を記入すること。
 - 「指定難病の医療費助成対象者」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者をいう。
 - 「小児慢性特定疾病の医療費助成対象者」とは、法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等をいう。
 - 申請者(受診者の保護者)の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

収入申告欄 (医療保険上の世帯における市町村民税が非課税の場合のみ(前年の収入額))

※前年の障害年金や特別児童扶養手当等の受給について記入してください。

収入の種類	年間収入額
特別児童扶養手当	598,800 円
	円

医療保険上の世帯において、市町村民税が非課税である場合は、受給している年金・手当等についてご記入いただき、受給額が確認できる書類(のコピー)をご提出いただく必要があります。