小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）

様式第８号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　香　川　県　知　事　殿

　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　住　　　　　所

　　（受診者の保護者　又は　成年患者）　　　　ふ　り　が　な

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　（　　　　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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認定の変更を申請します。

□自己負担上限月額の変更

（階層区分の変更並びに重症患者等区分及び按分特例の適用、寡婦控除等のみなし適用により自己負担上限月額の変更を伴う場合に限る。）

□受療を希望する指定医療機関の変更若しくは追加

□支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更若しくは追加

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | ふりがな |  | | | | 受給者番号 |  | | | 生年月日 | | 年　　 月　　日生  （　　　　　　　　　歳） | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | | 電話  番号 | |  | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 以下については、変更に関係する部分のみ記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当する  階層区分 | | （変更前）  □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 | | | | | | | （変更後）  □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  限額の特例 | | （変更前）  □人工呼吸器等装着  □重症患者認定  □高額治療継続  □世帯内分特例  □寡婦控除等のみなし適用 | | | | | | | （変更後）  □人工呼吸器等装着  □重症患者認定  □高額治療継続  □世帯内分特例  □寡婦控除等のみなし適用 | | | | | | |
| 疾病名 | | （変更前） | | | | | | | （変更後） | | | | | | |
| 受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション） | | （変更前）  （申請書に記載した医療機関名を全てお書きください。） | | | | | | | （変更の内容）  □追加   |  |  | | --- | --- | | 医療機関名 |  | | 所在地 |  | | 電話番号 |  |   （記入欄が不足する場合は余白にお書きください。）  □削除  （削除を希望する医療機関名をお書きください。） | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| 加入医  療保険 | | | 被保険  者氏名 |  | | | | 受診者との続柄 | | | | |  | | |
| ※保険種別 | 全国健保・健組・共済・  船員・国保・国組 | | | | 被保険者証 | | | 記号 | |  | | |
| 被保険者証 発行機関名 |  | | | | 番号 | |  | | |
| 指定難病の受給者番号（受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入） | | | | | | | | | | | | | 受給者番号： | | |
| 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 |
| (　　) | | |  | | | | (　　) | | | | | |  |
| (　　) | | |  | | | | (　　) | | | | | |  |
| (　　) | | |  | | | | (　　) | | | | | |  |
| (　　) | | |  | | | | (　　) | | | | | |  |

（新）

医療費算定対象世帯員（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 |  |
|  |  | □指定難病　　　　　　　　　□小児慢性特定疾病  (受給者番号：　　　　　　)　 (受給者番号：　　　　　　) |
|  |  | □指定難病　　　　　　　　　□小児慢性特定疾病  (受給者番号：　　　　　　) 　(受給者番号：　　　　　　) |
|  |  | □指定難病　　　　　　　　　□小児慢性特定疾病  (受給者番号：　　　　　　)　 (受給者番号：　　　　　　) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考 |  | 保健所記入欄 | | |
| 保健所受付印 | 保健所長の意見 | |
| 生保 | 自己負担上限額特例等 |
| 低Ⅰ |
| 低Ⅱ |
| 般Ⅰ |
| 般Ⅱ |
| 上位 |

（注）

１　□については、該当するものに「***レ***」を記入すること。

２　※印の欄は、該当するものを○で囲むこと。

３　変更の生じた理由を証明する書類及び受給者証を添付すること。

４　「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。

５　「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。

６　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 |
|  | 円 |
|  | 円 |

書類等の送付先について申請者の住所地以外を希望される場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宛先氏名 | 受診者との続柄 | 住　　　　所 |
|  |  | 〒 |