

記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規) 更新

平成〇〇年〇〇月〇〇日

香川県知事殿

〒762-0000

坂出市〇〇町〇〇番地〇

カガワ イチロウ

香川 一郎

香川

申請者 (受診者の保護者)

住

所

ふりがな

氏

名

個人番号

123123123123

受診者との続柄

父

電話番号

(0877) 00 -0000

(日中連絡がとれる電話番号を記入してください。)

12桁の個人番号 (マイナンバー)

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。

次

小児慢性特定疾病医療費の支給の認定を申請します。

受診者	氏名	カガワ タロウ 香川 太郎	性別	男	・	女
	生年月日	123456789012	月日	平成20年 8月 1日生 (7 歳)		
	住所	〒 申請者と同じ		電話番号	申請者と同じ	
	加入療保	被保険者氏名	香川 一郎	受診者との続柄	父	
		※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 000
		被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 ●●支部		番号	0000
※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					
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額治療継続
疾病名	〇〇〇〇病		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)。			
指定難病の受給者番号 (受診者が指定難病の)	者番号 :					
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)	医療機関名	所在地		電話番号		
	けんちょう小児科内科医院	坂出市〇〇町〇丁目〇-〇		〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
	××薬局 ××店	坂出市〇〇町×丁目×-×		××-××-××××		
	□□大学附属病院	□□県□□町□-□		□□-□□-□□□□		
	△△薬局 △△店	□□県□□町△-△		△△-△△-△△△△		
◎◎訪問看護ステーション	高松市◎◎町◎番地◎		◎◎-◎◎-◎◎◎◎			
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)	123123123123	()	()		
	()	()	()	12桁の個人番号 (マイナンバー)		
被用者保険の場合：被保険者の氏名・続柄・個人番号を記入 国民健康保険の場合：被保険者 (同じ保険に加入している方) 全員の氏名・続柄・個人番号を記入						

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	<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		
香川 咲子	妹	<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)
		<input type="checkbox"/> 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病

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			低Ⅱ
			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。

医療意見書の研究利用についての同意書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

香川県知事殿

受診者氏名 **香川 太郎**
 申請者氏名 **香川 一郎**



私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請にあたり、提出した医療意見書の内容が小児慢性特定疾病等の治療研究等の基礎資料として利用されることに同意します。

<同意のお願い>

この制度は、小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、申請に基づき、小児慢性特定疾病医療費を支給するものです。申請の際に御提出いただく「医療意見書」は、この制度の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、小児慢性特定疾病の児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として利用されることになっています。なお、医療意見書の研究利用にあたっては、個人情報保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切利用されることはありません。申請者の皆様には、制度の趣旨に御理解のうえ、御同意くださいますようお願いいたします。