

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)						(※1)
受診者	フリガナ	○○○ ○○○		生年月日		
	氏名	対象となるお子様のお名前 ○○ ○○		○○ 歳	平成 ○○年 ○月 ○日	
	個人番号	123456789012				
	フリガナ			電話	自宅 :099-△△△-△△△△ 携帯 :090-△△△△-△△△△△ 勤務先:	
	住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 市役所ハイツ101号				
加入医療保険	被保険者氏名	○○ □□ (例:子が父の医療保険に加入の場合、父の氏名)	受診者との続柄		父	
	保険種別	協会・健保・共済・国保・生保		被保険者証の記号・番号	△△△ ◇◇◇◇◇	
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 鹿児島支部				
	所在地	〒892-◇◇◇◇◇ 鹿児島市加治屋町○○-××				
申請者	フリガナ	○○○ □□□	配偶者	有・無	受診者との関係	父
	氏名	○○ □□				
	個人番号	123456789012		電話番号(※2)	自宅 :099-△△△-△△△△△ 携帯 :090-×××××-××××× 勤務先:099-◇◇◇-◇◇◇◇◇	
	フリガナ					
	住所(※2)	〒				
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					
自己負担上限月額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸	この部分は空欄のままです		高額治療継続	
	<input type="checkbox"/>	世帯内			重症患者認定	
今回申請する受診者と同じ世帯(※3)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者)	有(氏名 ○○××) ・ 無					
疾病名	□□□□□□□□□(医療意見書に記載してある疾病名)			同世帯にいらっしゃる場合、記入要		
受診を希望する指定医療機関	医療機関名		所在地・電話番号			
	○○大学病院		鹿児島市○○町××-△△			
	○○クリニック		鹿児島市◇◇町□□-××			
		全ての指定薬局及び全ての指定訪問看護ステーション				
受給者番号(※4)			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(申請中の場合を含む。)	有・無		
		指定難病の受給者番号		※上の欄が「有」の場合、記入要		
<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 寡婦(夫)控除のみなし適用について申請します。(申請する場合☑)</p> <p>また、今回の医療費助成の申請にあたり、提出した医療意見書データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている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、研究に利用されることに同意します。</p> <p>なお、決定に当たっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p>平成 ○○年 △月 △日</p> <p>申請者氏名 ○○ □□</p> <p>鹿児島市長 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

※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。
- ※3 受診者と生計を一にする者とする。
- ※4 更新または変更の方のみ記入。

(裏面に続く)

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)

(裏)

世帯員氏名	〇〇 □□ (被保険者名と同一人をご記入ください)	受診者との続柄	父
個人番号	123456789012		
世帯員氏名	〇〇 △△	受診者との続柄	母
個人番号	123456789012		
世帯員氏名	〇〇 ××	受診者との続柄	兄
個人番号	123456789012		
世帯員氏名	〇〇 ◇◇	受診者との続柄	妹
個人番号	123456789012		
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			