

小児慢性特定疾病医療費支給認定（新規・更新・変更）申請書

\*記載にあたっては、裏面の「記載上の注意事項」をよく読むこと。

申請区分 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更		受給者証番号 (更新または変更のみ)						
受診者	フリガナ					年齢 歳	生年月日			
	氏名						年 月 日			
	個人番号									
	住所					電話番号	自宅			
							携帯			
加入医療保険 (加入世帯員を裏面に記載すること)	保険者名 (発行機関名)					被保険者証 記号・番号				
	保険種別 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	被保険者氏名						受診者との関係			
保護者	フリガナ					受診者 との関係				
	氏名									
	個人番号									
	住所	〒				電話番号	自宅			
						携帯				
申請に係る小児慢性特定疾病の名称										
自己負担上限月額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期				
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分			<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
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										
薬局名										
訪問看護事業者名										
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので申請します。 なお、当該申請に係る審査のため、世帯の状況及び市民税の課税状況並びに生活保護の認定状況等について、照会することに同意します。										
										年 月 日
(あて先) 八戸市長										申請者氏名

※裏面もあります。

市記載欄	適用区分		階層	<input type="checkbox"/> 階層Ⅰ(A) <input type="checkbox"/> 階層Ⅱ(B1) <input type="checkbox"/> 階層Ⅲ(B2) <input type="checkbox"/> 階層Ⅳ(C1) <input type="checkbox"/> 階層Ⅴ(C2) <input type="checkbox"/> 階層Ⅵ(D) <input type="checkbox"/> その他						
	自己負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期					
		<input type="checkbox"/>	世帯内按分	<input type="checkbox"/>	重症患者認定					

(裏面)

【世帯調書】 (該当するものに☑)

住民票上の世帯員全員 (受診者本人を含む) と、住民票が別でも受診者と同じ医療保険に加入する世帯員を記入してください。

世帯員氏名 個人番号	受診者 との関係	医療保険の種類	小児慢性特定疾病医療費又は指定難病 に係る特定医療費の受給状況	市記載欄
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
		<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 八国 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他	小慢 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 ) 難病 ( <input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中 )	
市記載欄				

管理票 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 交付を希望します	<input type="checkbox"/> 交付を希望しません
小慢手帳 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 交付を希望します	<input type="checkbox"/> 交付を希望しません

【記載上の注意事項】

- 1 「受給者証番号」の欄は、更新又は変更の申請の場合に記入してください。
- 2 「保護者」欄の、「住所」及び「電話番号」は、受診者と異なる場合のみ記入してください。
- 3 「自己負担上限月額の特例」の欄の「人工呼吸器等装着」の項目は、認定基本方針として、24 時間持続して人工呼吸管理が必須な症例でかつ、離脱の見込みがないもの (但し酸素送与の有無は問わない) とされています。
- 4 「自己負担上限月額の特例」の欄の「高額かつ長期」の項目は、受診者が「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者」として、小児慢性特定疾病に係る月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者である場合が該当します。
- 5 「自己負担上限月額の特例」の欄の「世帯内按分」の項目は、同一の医療保険内に小児慢性特定疾病又は指定難病の受給者がいる場合が該当します。
- 6 「自己負担上限月額の特例」の欄の「重症患者認定」の項目は、「重症患者認定申請書」を提出した方が該当します。