

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 ／ 要 支 援 者	ふりがな											歳	生 年 月 日		
	氏 名												年 月 日		
	個人番号													電 話	
	ふりがな														
	住 所	〒													
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名											受診者との続柄		
保 険 種 別												記 号 ・ 番 号			
保 険 者 名															
申 請 者 （※2）	ふりがな											受診者との 続 柄			
	氏 名														
	個人番号														
	住 所	〒										電 話			
											□ 受診者と同じ				
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 器 等 装 着					<input type="checkbox"/>	高 額 か つ 長 期							
	<input type="checkbox"/>	世 帯 内 按 分 特 例					<input type="checkbox"/>	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															
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														
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（申請中含む）		有 ・ 無		
指定難病の受給者番号											登録者証申請（※5）		申請する ・ 申請しない		
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日（※6、7）	年 月 日					【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]									
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。 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 申請者氏名 （あて先）八戸市長															

- ※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。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
- ※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。
- ※5 「申請する」を選択した場合、市が個人番号（マイナンバー）を用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。
- ※6 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていることと診断した日（ただし、遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
- ※7 更新の場合は、原則記入不要。

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 特 例					<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定				

