

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 様式第1号 (新規・更新・変更)		受給者番号 (新規申請時記載不要)	【記載例】

受診者	フリガナ	ハマツ タロウ	性別	年齢	生年月日
	氏名	浜松 太郎	男・女	○歳	平成令和 ○年 ○月 ○日
	住所	〒 432-8550 浜松市中区鴨江二丁目 11-2		個人番号 (更新・変更のみ: <input type="checkbox"/> 変更なし (記載省略可)) 0000 0000 0000	
	加入医療保険	保険者名(称)	全国健康保険協会 ○○支部	保険種別	国保(組合)・協会 組合・共済 その他()
	記号・番号	00000000 00000			
	被保険者名	浜松 一郎		受診者との続柄	父

申請者	フリガナ	ハママツ イチロウ	個人番号	受診者との続柄
	氏名	浜松 一郎	(更新・変更のみ: <input type="checkbox"/> 変更なし (記載省略可)) 0000 0000 0000	父
	住所	〒 — <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ (記載省略可)	電話番号	
	(希望者のみ)書類送先	〒 — ※原則申請者宛送付 (申請者以外へ送付する場合の宛名:)	自宅・携帯(申請者) 090-1234-1234 日中連絡先(父・母) 090-4321-4321	

疾病名	△△△病 ※複数疾病申請する場合は複数記入ください。	特例の申請をする場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> ください。
-----	----------------------------	--

負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例	<input type="checkbox"/> みなし寡婦(夫)
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

区分	受診を希望する医療機関名 (支店名等も記載)	所在地	備考
病院 診療所	訪問看護等 ○○病院	浜松市○区○○ ○○-○○	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等 ○○薬局 ○○店	浜松市○区○○ ○○-○○	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等 訪問看護ステーション ○○	浜松市○区○○ ○○-○○	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
病院 診療所	訪問看護等		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

市内外を問わず、該当疾病の治療にて利用する医療機関 (予定含む) 全てを記入してください。
※記入された医療機関のうち、「指定医療機関」について受給者証に記載されます。承認後に医療機関を追加・変更する場合は、別途変更手続きが必要となりますのでご注意ください。

(新規・更新のみ) 医療意見書の研究利用についての同意	私は、当申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します (詳細については別紙参照)。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
-----------------------------	---	--

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。
またこの申請の審査に必要な場合は、浜松市において、医療意見書に関する医療情報、市民税等に関する課税資料、医療保険上の所得区分情報 (国保組合を除く)、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給状況、特別児童扶養手当額 (世帯員分を含む)、指定難病認定情報を確認されることに同意します。
令和○○年○○月○○日 (あて先) 浜松市長

◎裏面も必ずご確認ください。

※職員記入欄 (変更区分: 上限額変更・疾病追加・医療機関追加)
(階層) I・II・III・IV・V・VI (特例) 無・重症・呼吸・高額・按分
(上限額) 0・500・1,250・2,500・5,000・10,000・15,000・()
(区分) ア・イ・ウ・エ・オ

【1】 受診者と同じ医療保険に加入する方をご記入ください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者である場合は、受給者証等の写しを添付してください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格	1月1日現在の住所所在地 [※]	個人番号
受診者	浜松 太郎	本人	なし・指定難病	静岡県 浜松市 区	
1	浜松 一郎	父	なし・指定難病・小児慢性	静岡県 浜松市 区	記載済み
2	浜松 花子	母	なし・指定難病・小児慢性	静岡県 浜松市 区	0000 0000 0000
3	浜松 次郎	弟	なし・指定難病・小児慢性	静岡県 浜松市 区	0000 0000 0000
4			なし・指定難病・小児慢性	都道府県 市・区	
5			なし・指定難病・小児慢性	都道府県 市・区	
6			なし・指定難病・小児慢性	都道府県 市・区	
7			なし・指定難病・小児慢性	都道府県 市・区	

※1月1日現在の住所地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年1月1日在住の市区町村を記入してください。

申告がある場合は記載不要です。

【2】 未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

申請者氏名

㊟

【3】市町村民税(均等割含む)が0円の場合下の表に記載されている収入について記載し、収入が80万円以下の場合は決定通知書、受給者証、振込通知書等受給額がわかるものの写しを提出して下さい。

保護者氏名	種類 (該当するものに○)	収入金額 [※]	保護者氏名	種類 (該当するものに○)	収入金額 [※]
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記載する収入額は、1月～6月までの申請の場合は前々年の収入額。7月～12月までの申請の場合は前年の収入額。
 ※ 収入額がない場合は、0円とご記入ください。

～～～以下につきましては、よろしければご回答ください。～～～

●日常生活や集団生活において、困っていることや心配なことがありますか？

1. 特にない 2. ある

※「ある」場合は、あてはまるものに○をつけ、()内に具体的な内容をお書きください。

- ア. 医療について イ. 食事について ウ. 発育・発達について エ. 福祉制度について
 オ. 就園・就学について カ. 学校生活について キ. 就労について ク. その他

●現在の主な相談先はどこですか？

- ア. 主治医 イ. 病院の医療相談室 ウ. 相談支援事業所 エ. 園・学校 オ. 患者家族会
 カ. その他 ()

●今後希望するサービスについて、あてはまるものに○をつけてください。

- ア. 医師等による相談 イ. 就園・就学相談 ウ. 子どもの就労相談 エ. 病気についての研修・学習会
 オ. 親・子ども同士の交流会 カ. その他 ()

●その他、ご意見・ご要望等がありましたら、お書きください。

※このアンケートは、小児慢性特定疾病自立支援事業の実施のために活用します。集計結果について、個人を特定できない形で公表することがあります。

※ この申請書の内容について、健康増進課よりお電話を入れさせていただくことがあります。ご承知おきください。