

| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書<br>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  |  | 年齢   |                                 | 生年月日  |
|  | 氏名  | 浜松 太郎  |  | 〇歳   | 〇年〇月〇日                          |   |
|  | 住所  | 〒432-8550<br>浜松市中央区鴨江二丁目11-2   |  | 個人番号<br>(更新・変更のみ: <input type="checkbox"/> 変更なし (記載省略可))<br>0000 0000 0000 |                                 |   |
|  | 加入医療保険  | 保険者名(称)  | 全国健康保険協会 〇〇支部  | 保険種別   | 国保(組合)・協会<br>組合・共済<br>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  |                                 |   |
| 申請者  | フリガナ  | ハマツ 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)<br>0000 0000 0000           |                                 |   |
|  | 住所  | 〒 —  | <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ (記載省略可)   | 電話番号<br>自宅・携帯(申請者) 090-1234-1234<br>日中連絡先(父・母) 090-4321-4321               |                                 |   |
|  | (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: )<br>※原則として申請者宛・申請者住所へ送付するため、やむを得ない場合のみ記載ください。  |  |  |                                 |   |
| 疾病名  | △△△病 ※複数疾病申請する場合は複数記入ください。                                      |  |  |  |                                 |   |
| 月額負担上限額の特例 (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 |   |
| 指定医療機関   | 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<br>診療所   | 薬局   | 訪問<br>看護等  | 〇〇病院   | 浜松市〇区〇〇 〇〇-〇〇                   | <input checked="" type="checkbox"/> 追加<br><input type="checkbox"/> 削除 |
|  | 病院<br>診療所   | 薬局   | 訪問<br>看護等  | 〇〇薬局 〇〇店   | 浜松市〇区〇〇 〇〇-〇〇                   | <input checked="" type="checkbox"/> 追加<br><input type="checkbox"/> 削除 |
|  | 病院<br>診療所   | 薬局   | 訪問<br>看護等  | 訪問看護ステーション 〇〇  | 浜松市〇区〇〇 〇〇-〇〇                   | <input checked="" type="checkbox"/> 追加<br><input type="checkbox"/> 削除 |
|  | 病院<br>診療所   | 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。<br>※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。 |  |  |                                 | <input type="checkbox"/> 追加<br><input type="checkbox"/> 削除            |
| (新規・疾病変更・追加のみ)<br>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  | 令和 〇年 〇月 〇日   |  | 【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】<br><input checked="" type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他【 】 |  |                                 |   |
| (新規・更新のみ)<br>医療意見書の研究利用についての同意   | 私は、当申請書に記載した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録<br>②創薬の研究開発に活用されることに同意する |  | <input checked="" type="checkbox"/> 同意する<br><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受けること、またこの申請の審査に必要な書類の提出(市への確認を含む)、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。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日 (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)<br>(階層) I・II・III・IV・V・VI (特例) 無・重症・呼吸・高額・按分・成長<br>(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 町・村 |                |
| 5   |       |         | なし・指定難病・小児慢性 | 都・道 府・県 市・区 町・村 |                |
| 6   |       |         | なし・指定難病・小児慢性 | 都・道 府・県 市・区 町・村 |                |
| 7   |       |         | なし・指定難病・小児慢性 | 都・道 府・県 市・区 町・村 |                |

※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。

**【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

申告がある場合は記載不要です。

**【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。**

| 申請者氏名 |                  |       |       |                    |       |
|-------|------------------|-------|-------|--------------------|-------|
| 収入の区分 | 種類（該当するものに○）     | 収入金額* | 収入の区分 | 種類（該当するものに○）       | 収入金額* |
| 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     |
| 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。

～～～小児慢性特定疾病児童等自立支援事業に関するアンケート～～～  
お困りごと、心配ごとについて、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. 相談先なし ク. 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。