

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受給者番号※1				疾病名				
受診者	フリガナ		性別	男	女	年齢	歳	生年月日
	氏名			平成	年		月	日
	住所	〒		—		電話番号 (日中連絡のとれるもの)		
						—		
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄			
保険種別		協会けんぽ・国保・組合・共済 生保・その他 []		被保険者証の 記号・番号				
保険者名称								
今回申請する受診者と同じ世帯内（裏面の支給認定基準世帯員に記入した方）に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方がいる場合は、下記の該当する方に○をして、右記に記入して下さい。 指定難病 ・ 小児慢性特定疾病				氏名	受給者番号			
				氏名	受給者番号			
				氏名	受給者番号			
				氏名	受給者番号			
受診を希望する (指定)医療機関、 薬局、訪問看護事業 者等 注) もれのないよう にお書きください。 記入がなければ受診 することが出来ませ ん	医療機関名				所在地			
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。 申請者氏名 _____ 印 ※2 _____ 受診者との関係 () _____ 住所※3 _____ 電話番号※3 _____ 平成 年 月 日 _____ 宮崎県知事 殿								

※1 更新または変更の方のみ記入。

※2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※3 受診者本人と異なる場合に記入。

裏面もご記入ください

保健所 記入	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	金額	担当者 確認印
	一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得		

●現在の状況について教えてください（該当する番号に○をつけてください）

日常生活状況について	手帳の有無・身体状況について
1 通園・通学中	身体障がい者手帳（有・無） 種 級
2 家で療養中	療育手帳（有・無） A , B1 , B2
3 入院中	1 血液透析又は腹膜透析
4 仕事についている	2 気管切開管理又は挿管
5 その他 []	3 人工呼吸管理又は酸素療法
	4 ねたきり（1歳以上の児において）

●支給認定基準世帯員（氏名、続柄、マイナンバーを記載ください）

○世帯員の氏名・続柄

・世帯内で受診者と同じ医療保険に加入する方すべてをご記入ください。

○マイナンバー

・受診者と申請者は必須です。

・また、「市町村国保・国民健康保険組合、後期高齢者医療広域組合」に加入されている場合は、世帯全員のマイナンバーを、その他の被用者保険に加入されている場合は、受診者と被保険者のマイナンバーを記載ください。

受診者		受診者との続柄	本人	マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															
世帯員氏名		受診者との続柄		マイナンバー															

●自己負担上限額の特例（該当するものに☑してください）※わかる範囲で結構です

<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額な医療が長期的に継続している※4
<input type="checkbox"/> 同一世帯内に複数の対象患者あり	<input type="checkbox"/> 重症患者認定

※4 医療費総額が5万円/月（例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月）を超える月が年間6回以上ある場合

●申請者（保護者）の年金及びその他手当（障害年金、遺族年金等）の受給について

（該当するものに☑してください）※非課税世帯で手当等がある場合は、その証明書の提出をお願いします。

<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金・遺族基礎年金
<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当	<input type="checkbox"/> 寡婦年金
<input type="checkbox"/> 福祉手当	<input type="checkbox"/> 障がい年金
	<input type="checkbox"/> 特別障がい給付金・障がい補償