

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 〔 新規・転入・更新・階層・その他 〕

倉敷市長 あて

裏面に記載のとおり同意事項の内容に同意し、本申請書のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

<b>受診者</b>	ふりがな				受給者番号					
	氏名				年齢	歳	生年月日	平・令 年 月 日		
	住所	〒 倉敷市								
	加入医療保険	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ			保険種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国組 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 生保			
		被保険者証発行機関名				被保険者記号番号				
<b>申請者</b>	ふりがな				受診者との続柄	日中連絡のつく電話番号	( ) - 受診者との続柄:			
	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ								
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 受診者に同じ								
<b>自己負担上限月額の特例</b> (該当するものに☑)	内 容				必 要 書 類					
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定				重症患者認定申告書、状態を証明する書類				
	<input type="checkbox"/>	高額治療継続				重症患者認定申告書、医療費を証明する書類				
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				人工呼吸器等装着者証明書(医師が記載したもの)				
	<input type="checkbox"/>	受診者が別の疾病で指定難病の医療費助成を受けている又は受診者と同じ医療保険に加入しており、小児慢性特定疾病又は指定難病の医療費助成を受けている者がいる場合				左記の者の受給者証のコピー				
	<input type="checkbox"/>	氏 名		区 分		受給者番号				
			<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病							
			<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病							
<b>疾 病 名</b>	①				②					

以下、記入不要(裏面を記入してください。)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">来所者</td> <td><input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 父                      <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )</td> </tr> <tr> <td>番号確認</td> <td><input type="checkbox"/> 個人番号カード    <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 通知カード              <input type="checkbox"/> 無</td> </tr> </table>	来所者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 無	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">身分確認 (上段から1点 または 下段から2点)</td> <td><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証    <input type="checkbox"/> 生保受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳        <input type="checkbox"/> 課税証明書類</td> </tr> </table>	身分確認 (上段から1点 または 下段から2点)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生保受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 課税証明書類	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">保 健 所 受 付 印</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	保 健 所 受 付 印																						
来所者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( )																														
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 無																														
身分確認 (上段から1点 または 下段から2点)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生保受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 課税証明書類																														
保 健 所 受 付 印																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">認 定 結 果</th> </tr> <tr> <td style="width: 15%;">疾 病</td> <td style="text-align: center;">合格・不合格</td> </tr> <tr> <td>重 症</td> <td style="text-align: center;">合格・不合格</td> </tr> <tr> <td>呼 吸 器</td> <td style="text-align: center;">合格・不合格</td> </tr> </table>		認 定 結 果		疾 病	合格・不合格	重 症	合格・不合格	呼 吸 器	合格・不合格	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">階 層</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">血 友 病</td> <td style="text-align: center;">生保</td> <td style="text-align: center;">低 I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">低 II</td> <td style="text-align: center;">一般 I</td> <td style="text-align: center;">一般 II</td> <td style="text-align: center;">上位</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td style="text-align: center;">重症</td> <td style="text-align: center;">人工呼吸器</td> <td style="text-align: center;">高額</td> <td style="text-align: center;">按分</td> </tr> <tr> <td>上 限 額</td> <td colspan="4" style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>			階 層	血 友 病		生保	低 I	低 II	一般 I	一般 II	上位	特記事項	重症	人工呼吸器	高額	按分	上 限 額	円			
認 定 結 果																															
疾 病	合格・不合格																														
重 症	合格・不合格																														
呼 吸 器	合格・不合格																														
階 層	血 友 病		生保	低 I																											
	低 II	一般 I	一般 II	上位																											
特記事項	重症	人工呼吸器	高額	按分																											
上 限 額	円																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">書類確認</td> <td><input type="checkbox"/> 意見書</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/> 重症</td> <td><input type="checkbox"/> 高額</td> <td><input type="checkbox"/> 按分</td> <td><input type="checkbox"/> 保険証</td> <td><input type="checkbox"/> 同意書(保険)</td> <td><input type="checkbox"/> 同意書(転入)</td> <td><input type="checkbox"/> 税証明</td> <td><input type="checkbox"/> 受給者証</td> <td><input type="checkbox"/> 他</td> </tr> </table>					書類確認	<input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 高額	<input type="checkbox"/> 按分	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 同意書(保険)	<input type="checkbox"/> 同意書(転入)	<input type="checkbox"/> 税証明	<input type="checkbox"/> 受給者証	<input type="checkbox"/> 他															
書類確認	<input type="checkbox"/> 意見書	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 重症	<input type="checkbox"/> 高額	<input type="checkbox"/> 按分	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 同意書(保険)	<input type="checkbox"/> 同意書(転入)	<input type="checkbox"/> 税証明	<input type="checkbox"/> 受給者証	<input type="checkbox"/> 他																				

■支給認定基準世帯員(国保・国保組合の方は加入者全員、社保(協会けんぽ・共済 等)の方は受診者本人と被保険者、生保の方は受診者本人のみ)

氏名・生年月日		受診者との続柄	1月1日時点の住所(1月～6月申請は前年)											
平・令	年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所:		都道府県					市町村				
		個人番号												
昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所:		都道府県					市町村				
		個人番号												
昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所:		都道府県					市町村				
		個人番号												
昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所:		都道府県					市町村				
		個人番号												
昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所:		都道府県					市町村				
		個人番号												

■収入申告(医療保険上の保険世帯が市民税非課税の場合のみ記入してください。)

(1)申請者(保護者)の方は、下記の収入がありますか。

無  有 → 申請者(保護者)が受け取っている収入のうち、該当するものに☑してください。

また、給付の年額が確認できる書類(証書、振り込み通知、通帳 等)のコピーを提出してください。

<input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金	<input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金	<input type="checkbox"/> 寡婦年金	<input type="checkbox"/> 障害手当金
<input type="checkbox"/> 障害(補償)給付	<input type="checkbox"/> 障害(補償)一時金	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	

保健所記入欄	①合計所得金額	円	②公的年金等収入金額	円	③その他収入金額	円
	①～③の合計額					円

■生活状況(該当する内容に☑)

社会活動	<input type="checkbox"/> 在宅療養	<input type="checkbox"/> 就園/就学	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 短期入院(在宅に戻る見込みあり)	<input type="checkbox"/> 長期入院(在宅に戻る見込みなし)	<input type="checkbox"/> 入所
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 呼吸器(常時・随時) <input type="checkbox"/> 酸素療法(常時・随時) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他( )					

■同意事項(同意する内容に☑)

<input type="checkbox"/>	医療保険の世帯および児童(受診者)の保護者に係る所得・課税状況、手当等受給状況(生活保護受給状況含む)、医療保険加入状況、年金状況について、倉敷市が調査すること並びに年金事務所や県等関係機関に照会を行い、これらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。
<input type="checkbox"/>	個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳に基づき、倉敷市にて照会することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。 ※個人番号については、法律の定めに従い、適正に管理するとともに、個人番号制度上の目的以外のために使用することはありません。
<input type="checkbox"/>	医療機関が記載した提出書類(医療意見書等)の内容について疑義が生じた場合に、倉敷市が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用されることに同意します。また、審査結果については、必要に応じて医療意見書等を作成した医療機関および受診を希望された指定医療機関に対して必要な情報を提供することに同意します。 ※同意いただけない場合、受診者(又は保護者等)から医療機関へ照会していただくこととなりますのでご了承ください。
<input type="checkbox"/>	別紙の「医療意見書の研究利用に関するご説明」とおり、提出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されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。併せて、倉敷市が保健福祉サービスを行うための基礎資料として使用されることに同意します(県外等へ転出された場合に、意見書等を転出先の都道府県等へ送致することを含みます)。 ※医療意見書等の使用にあたっては、個人情報保護に十分配慮し、上記の目的以外には一切使用されることはありません。

■支給開始日

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 年 月 日	←申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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(更新の場合は原則記入不要) ※申請日から1か月前まで遡り可能(やむを得ない理由があった場合は3か月まで可能。下記記入要)
診断年月日から申請日まで1か月以上経過している理由	<input type="checkbox"/> 医療意見書の取得に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他( )	