

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更・追加) (※1)

受給者番号 (※2)				
受診者	フリガナ	クマモト ハナコ		
	氏名	熊本 花子	生年月日 (西暦) 2024 年 1 月 1 日 (0 歳)	
	個人番号	123456789012		
	住所	〒 860 - 8601 熊本市中央区手取本町1-1		
加入医療保険	被保険者氏名	熊本 太郎	受診者との続柄 父	
	保険種別	健保 共済 国保 その他 ()		
	被保険者証の記号・番号	1234-567		
	被保険者証の発行機関名	対象の保険者を記載		
申請者※3	フリガナ	クマモト タロウ	受診者との続柄 父	
	氏名	熊本 太郎		
	個人番号	123456789013	連絡がとれる電話番号	
	住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ		
該当する所得区分	生活保護 (I) ・ 低所得 I (II) ・ 低所得 II (III) ・ 一般所得 I (IV) ・ 一般所得 II (V) ・ 上位所得 (VI)			
自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<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
医療保険上の同一世帯内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。	はい (氏名 :)	受給者番号 :)	・いはい	
医療保険上の同一世帯内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。	はい (氏名 :)	受給者番号 :)	・いはい	
疾病名	該当がある場合は チェックを付けてください 意見書に記載されている疾病名			
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			
	全ての小児慢性特定疾病指定医療機関			
	全ての小児慢性特定疾病指定薬局 全ての小児慢性特定疾病指定訪問看護事業所			
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 (※4)	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 []		
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、当事業の申請に必要な住民基本台帳、市民税関係及び生活保護の認定状況の調査をされること、熊本市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会・提供および医療機関に対する治療内容等の照会をすることにも同意します。				
年 月 日		申請者 氏名		
申請日をご記入ください		(受診者との続柄 :)		
熊本市長 (宛)		(裏面もご記入ください)		

※1 新規・更新・変更・追加のいずれかに○をする。

※2 更新または変更の方のみ記入。

※3 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入。

※4 小児慢性特定疾病医療費支給認定日は、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、申請日に関わらず、小児慢性特定疾病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る年月日を記載。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	熊本 太郎	受診者との続柄	父
個人番号	123456789013		
世帯員氏名	熊本 花子	受診者との続柄	本人
個人番号	123456789012		
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

申請書区受付年月日	受付番号		進達年月日	支援課受付日	備考
					<input type="checkbox"/> 成長ホルモン治療 (あり・なし) <input type="checkbox"/> 負担区分 (ア・イ・ウ・エ・オ)
個人番号関係	身元確認 (本人・代理人)	未済・済	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 その他 ()		
	個人番号確認	未済・済	1 個人番号カード 2 通知カード		

個人番号関係

*添付資料 ①意見書 ②健康保険証書の写し③同意書④市民税等のわかるもの(1/2日以降転入者・熊本市国保以外の国保世帯全員) ⑤疾病が血友病の場合は特定疾病療養受療証の写し⑥障害者手帳の写し⑦受給者の場合は受給者証の写し