

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）										
受診者	フリガナ				生年月日 （年齢）	年 月 日 （ 歳）				
	氏 名	（男・女）								
	個人番号									
	住 所	〒 ー ー ー ー ー				電話番号				
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄			
		保 険 種 別		健保 共済 国保 その他（ ）			被保険者証の 記 号・番 号			
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名										
申請者	フリガナ					受診者との 関 係				
	氏 名									
	個人番号									
	住 所 （※2）	〒 ー ー ー ー ー				電話番号 （※2）				
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								
自己負担上限額の特例 （該当するものに ☒ ）		☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着		☐	高 額 か つ 長 期				
		☐	世 帯 内 按 分 特 例		☐	重 症 患 者 認 定				
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる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者又は申請中の者					有：有効期間（ 年 月 日 ）・申請中 小慢・難病（氏名 ）・ 無					
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				所 在 地・電 話 番 号					
	全ての小児慢性特定疾病指定薬局									
受給者番号（※3）										
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することにも同意します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 続柄（受給者の ） 熊本市長 （宛） 印										

（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 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 更新または変更の方のみ記入。
＊添付資料 ①意見書 ②健康保険証書の写し③同意書③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）④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

申請書受付年月日	受付番号		進達年月日	受付	中央・東・西・南・北 区役所
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		

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）

[illegible]