

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	クマモト ハナコ		生年月日 (年齢)	令和 2年 4月 1日 (0 歳)	
	氏名	熊本 花子				
	個人番号	123456789012				
	住所	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号		電話番号	096-111-1111	
	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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 発行機関名		対象保険者を記載				
申請者※2	フリガナ	クマモト タロウ		受診者との 関係	父	
	氏名	熊本 太郎				
	個人番号	123456789012				
	住所	〒 -		電話番号	096-111-1111	
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <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		
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	意見書記載の疾病名					
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			
	指定医療機関					
受給者番号 (※3)	全ての小児慢性特定疾病指定薬局					
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 <input type="text" value="申請日を記入"/>						
申請者 住所						
氏名						
続柄 (受給者の)						
熊本市長 (宛)						
保護者名を記入 ※保護者が単身赴任中などで市外にいる場合は、 熊本市に住所のある保護者名を記入						

(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。なお、受診者本人の場合は本人と記入する。

※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	

