

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		生年月日 (西暦)	2026 年 1 月 1 日 (0 歳)
	氏名	熊本 花子			
	個人番号	123456789012 (必ず記入してください)			
	住所	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号			
	加入医療保険	被保険者氏名	熊本 太郎		受診者との続柄
	保険種別	国保 健保 共済 その他 ()			
	記号・番号	1234-567	枝番	02	窓口目視確認 <input type="checkbox"/> 窓口書類確認 <input type="checkbox"/>
	保険者名	対象の保険者を記載		資格取得年月日 (認定年月日)	令和8年1月1日
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	123456789012 (必ず記入してください)		連絡がとれる電話番号	
	住所	〒 - □受診者と同じ		000-0000-0000	
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 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 :	・いいえ		
医療保険上の同一世帯内に「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 :	・いいえ		
疾病名	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、あわせて以下の内容にも同意します。 ●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 ●マイナンバーを利用した当事業の申請に必要な保険情報や所得情報等の照会 【小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施について】 (※5) 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施に必要な範囲で個人情報を委託事業者へ提供し、適切に管理させること 同意します ・ 同意しません 2026 年 4 月 1 日 申請者 氏名 熊本 太郎 (受診者との続柄 : 父) (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) の同日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。

※5 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業では、小児慢性特定疾病専門相談窓口の設置や、相談会、交流イベント等を実施いたします。

各種ご案内等を委託事業者より申請いただいた住所に送付することがあります。

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	123456789012（必ず記入してください）		
世帯員氏名	熊本 市子	受診者との続柄	姉
個人番号	123456789012（必ず記入してください）		
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医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者たることを証する書類 ③同意書 ④市民税等のわかるもの（1/2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