

小児慢性特定疾病医療費支給認定等申請書 (新規・更新)

※新規、更新のいずれかに○を付すること

受診者	受給者番号 <small>(※更新申請時のみ記入)</small>											
	フリガナ					年齢	歳	生年月日				
	氏名					年齢	歳	年 月 日				
	居住地	〒						電話番号				
	加入医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 加入あり(右欄も記入) <input type="checkbox"/> 加入なし(該当する場合レ印)	フリガナ					受診者との続柄					
		被保険者氏名					被保険者証の記号・番号					
保険種別		<input type="checkbox"/> 協管本人	<input type="checkbox"/> 共済本人	<input type="checkbox"/> 国保一般	<input type="checkbox"/> 協管家族	<input type="checkbox"/> 共済家族	<input type="checkbox"/> 国保退職					
		<input type="checkbox"/> 健組本人	<input type="checkbox"/> 船員保険	<input type="checkbox"/> 国保組合	<input type="checkbox"/> 健組家族							
被保険者証発行機関名												
疾病名												
自己負担上限額 (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。										
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療支援に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。									
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	重症患者認定基準に該当した。									
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で難病の医療費助成を受けている又は申請中である。										
	<input type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同じ医療保険の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	受給者番号					(難病・小慢)				
		氏名										
		受給者番号					(難病・小慢)					
		氏名										
支給開始の遡り <small>(該当するものにレ印)</small>	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない											
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 <small>(診断日年月日)</small>	_____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"/> 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 [_____]									
医師の意見書を作成した医療機関 <small>(記載の医療機関以外でも指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。)</small>					医療機関名			所在地				
愛媛県	保健所長 様		_____年 月 日									
申請者	居住地 _____											
	氏名 _____											
	(受診者との続柄 _____)											
	電話番号 _____											
※居住地と電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人または保護者以外の場合は委任状が必要												
[保健所記入欄]	_____年 月 日		《裏面につづく》									

(裏面)

受診者及び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） ※受診者が被用者保険に加入している場合は、受診者及び被保険者のみ記入		〔保健所記入欄〕
世帯員氏名（フリガナ）	受診者との続柄	市町村民税（所得割） 課税年額又は収入金額
（ ）	本人	
（ ）		
（ ）		
（ ）		
（ ）		

※医療保険の世帯（同じ医療保険に加入している者）全員、市町村民税が非課税の場合のみ記入

保護者年収（受診者が18歳以上の場合にあっては本人）が80万円超

保護者年収（受診者が18歳以上の場合にあっては本人）が80万円以下

障害年金あり 遺族年金あり 特別障害者手当あり 特別児童扶養手当あり

その他収入あり（ ） その他収入なし

〔保健所記入欄〕 世帯の市町村民税（所得割）課税年額 又は非課税世帯の場合収入金額	合 計	
	階層区分	

* 登録者証申請（いずれか1つの□の中にレ印を付してください。）

<input type="checkbox"/> 申請する	<input type="checkbox"/> 申請しない
-------------------------------	--------------------------------

※「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

* 申請時点での状況について

身体障害者手帳	1. あり（等級____級）	2. なし
生活状況	社会活動	1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他（ ）
	日常生活	1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助

* 送付先について（いずれか1つの□の中にレ印を付してください。）

<input type="checkbox"/> 受診者本人	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> その他（下記に記載）	を希望する。
氏 名	受診者との 続柄	住 所（受診者と同居の場合は省略可）	
		〒	

* 問合せ先について（いずれか1つの□の中にレ印を付してください。）

<input type="checkbox"/> 受診者本人	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> その他（下記に記載）	を希望する。
氏 名（フリガナ）	受診者との続柄	電 話 番 号	
（ ）			

《備考》

--