|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第４号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）  　　　　　年　　　月　　　日  　愛媛県　　　　　　　保健所長　　様  居　住　地  申　請　者  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 | 受給者番号 |  |  | | |  | |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 年  齢 | | 歳 | | | | 生 年 月 日 | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | | 年　 　月　 　日 | | | | |
| 居住地 | 〒 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性  特定疾病  （該当するものにレ印） | | □ 追加  □ 削除 | | | | | 病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 追加  □ 削除 | | | | | 病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額  （該当するものにレ印） | | □ | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 重症患者認定 | | | | | | | | | 重症患者認定基準に該当した。 | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で指定難病の医療費助成を受けている又は申請中である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| □ | | その他 | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 支給開始の前倒し  （該当するものにレ印）  ※病名変更・追加時のみ | | □ | | 希望する　　□　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  (診断日または軽症高額の基準を満たした日の翌日) | | 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】  □臨床調査個人票の受領に時間を要したため  □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  □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  □その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔保健所記入欄〕 | | 年 月 日 | | | | | | | | | ≪裏面に続く≫ | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏面）

＊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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　受診者本人　　　　□　申請者　　　　□　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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　受診者本人　　　　□　申請者　　　　□　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》

|  |
| --- |
|  |