様式第１号の１（表面）

小児慢性特定疾病医療費支給認定等申請書（新規）

受診者	受給者番号［行政記入欄］				
	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				年　月　日
	住所	〒		電話番号	
	加入医療保険 フリガナ		受給者との続柄	□ 本人 □ 家族	
	被保険者氏名				
	保険種別	□ 協会けんぽ □ 健康保険組合 □ 共済組合 □ 船員保険 □ 国民健康保険 □ 後期高齢者 □ 国保組合	記号・番号	※不明の場合は省略可	
	保険者名称				
		□ 生活保護受給者　※生活保護受給者で医療保険に加入している場合は上記にも記入			
病名					
自己負担上限額の特例等	□	人工呼吸器等装着	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		
支給開始の遡り	□ 希望する →	□ 希望しない			
小慢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（診断年月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】 □医療意見書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（　　）			
登録者証	□ 申請する　□ 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。				

申請者

愛媛県＿＿＿＿保健所長　様

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。

厚生労働大臣　様

医療意見書の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受診者との続柄＿＿＿＿＿）（電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入

※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要

裏面に続く

［行政受付欄］

［行政記入欄］	支給開始日	年　月　日	人・高・重・按

様式第1号の1（裏面）

支給認定世帯員（保護者年収について）	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、被保険者のみ記入				
	世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄	1月1日時点住所地（1～6月申請は前年1月1日時点）※現在と異なる場合のみ記入	［行政記入欄］
			本人	〒　市・区 町・村	非・均
				〒　市・区 町・村	非・均
				〒　市・区 町・村	非・均
				〒　市・区 町・村	非・均
				〒　市・区 町・村	非・均
	※上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合で下記に該当する場合は記載				課税計 非・均
	□　保護者年収（受診者が18歳以上の場合にあっては本人）　万円以下				非課税収入計
	選択 □　非課税収入なし				
	□　障害年金あり　□　遺族年金あり　□　寡婦年金あり				
	□　特別障害給付金あり　□　障害補償（労災）あり　□　特別児童扶養手当あり				@・A・B1・B2 C1・C2・D
	□　障害児福祉手当あり　□　特別障害者手当あり　□　経過的福祉手当あり				

研究利用同意	※以下の回答内容が認定に係る審査に影響することはありません。
	別添「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書の研究等への利用についてのご説明」を確認し、本申請にあたり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のために利用されることに □　同意する　□　同意しない

申請時点の状況		
	生活状況	□ 1 就労　□ 2 就学　□ 3 家事労働　□ 4 在宅療養　□ 5 入院　□ 6 入所 □ その他（　　）
	身体状況	□ 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
	介護状況	□ 必要なし　□ 必要あり
	身体障害者手帳	□ あり（等級＿＿＿＿級）　□ 申請中　□ なし
	医療機器の使用等	□ あり　□ なし □ 1経管栄養　□ 2気管切開　□ 3人工呼吸器　□ 4人工透析 □ 5酸素療法　□ 6吸引　□ その他（　　）

＊受給者証等の送付先について

送付先		住所	氏名
	□ 受診者 □ 申請者 □ その他	〒 ※受診者と同じ場合は省略可	

＊申請に関する問合せ先について

問合せ先		氏名（フリガナ）	受診者との続柄	電話番号
	□ 受診者 □ 申請者 □ その他	（　　）		

＊備考