

小児慢性特定疾病医療費支給認定等 変更届出書兼申請書

届出(申請)者

愛媛県 \_\_\_\_\_ 保健所長 様  
 下記のとおり、特定医療費の支給にかかる変更について届出(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

受診者

受給者番号 (※登録者証は空欄)									
フリガナ									生年月日
氏名									年 月 日
住所	〒 _____								
電話番号	_____								

※変更がある場合は変更後の内容を記載してください。

届出事項 (届出する内容に☑)

<input type="checkbox"/>	受診者氏名の変更	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	受診者住所の変更	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	受診者電話番号の変更	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)の変更	①・⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	加入医療保険の変更	②・⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員(同一医療保険加入者)の変更	③・⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	返還(県外転出)	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	その他	⑤・⑥ 記入

申請事項 (申請する内容に☑)

<input type="checkbox"/>	病名追加・病名変更	④・⑥ 記入	
<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、指定難病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。	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	重症患者認定	重症患者認定基準に該当した。	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	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新たに該当した。	⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	課税額の変更		③・⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	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の(追加・削除・自己負担上限額の変更)	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 限度額変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 限度額変更	受給者番号 _____ (難病・小慢) 氏 名 _____ 受給者番号 _____ (難病・小慢) 氏 名 _____ ⑥ 記入
<input type="checkbox"/>	その他		⑤・⑥ 記入

① 保護者

フリガナ		電話番号	
氏名			[☐届出者と同じ]
住所	〒 _____ [☐届出者と同じ]		

[行政受付欄]

様式第4号(裏面)

② 加入医療保険	フリガナ			受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	被保険者氏名				<input type="checkbox"/> 家族
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保組合	医療保険各法等の記号・番号	※不明の場合は省略可	
	保険者名称				
	<input type="checkbox"/>	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			
③ 支給認定基準世帯員 (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
※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
<input type="checkbox"/>	保護者年収(受診者が18歳以上の場合にあっては本人) 80.9万円以下				非課税収入計
<input type="checkbox"/>	非課税収入なし				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④ 病名追加・病名変更	病名	追加			
		削除			
	軽症高額該当	<input type="checkbox"/>	申請日の属する月以前の12か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3回以上あった。		
	小慢申請状況	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中である。		
	支給開始の遡り	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	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】 <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 ( )			
研究利用同意	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 <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				
⑤ その他					
⑥ 送付先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 届出者 <input type="checkbox"/> その他	住所		氏名	
		〒			
問合せ先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 届出者 <input type="checkbox"/> その他	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号	
		( )			
[行政記入欄]	階層変更	変更前( )→変更後( )	____年度課税[有・無] ※社保のみ		
	支給開始日	年 月 日			