

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書（1枚目）

豊中市

記入例  
・ 転入

申請区分 (いずれかに○)	新規・更新・変更	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額 <input type="checkbox"/> 疾病名の変更・追加
------------------	----------	--

受診者 (患者本人)	フリガナ	チュウブ ハナコ	個人番号	(12345678901234567890)
	氏名	中部 花子	住所・氏名・保険の変更については、この用紙以外に変更届 (受給者証等記載事項変更届)を提出して下さい	
	住所	〒(530-0023)	電話番号	(090) 2345-6789 (父) ※日中のご連絡先をご記入ください。

加入医療保険	フリガナ	チュウブ タロウ	受診者 の性別	父	保険 種別	国民健康保険(豊中市・業種別) 被用者保険(協会けんぽ・組合健保・共済)
	被保険者 氏名 (自保は世帯主氏名)	中部	受診者 の住所	母		※ご記入ください
	記号	12345678	番号	123	名称 (保険者番 号)	〇〇支部 (00000000)

ご加入の健康保険証の内容を記入して下さい

疾病名	〇〇病	医療意見書の「細分類病名」を記入して下さい
受給者番号 (更新申請の場合のみ)	1234567	転入の場合 転入日： 年 月 日

受診指定 医療機関	医療機関名	所在地
	※対象疾病のため主に利用する医療機関1箇所を記入してください 市立豊中病院	豊中市柴原町4-14-1

該当する方は☑を入れてください(添付書類が必要です)

自己 に 関 連 す る 上 限 月 額	<input type="checkbox"/>	重症患者認定 ※ 別紙重症患者申請書(医療意見書)を添付してください	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着 ※ 別紙人工呼吸器等装着申請時添付書類(医療意見書)を添付してください
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 小児慢性特定疾病の認定期間において、月ごとの小児慢性特定疾病医療費総額(10割分)が5万円を超える月が、申請月を含めた12か月以内に6回以上ある方 ※ 上限額管理票を添付してください	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例 今回申請する受給者と同一の健康保険加入者の中に、指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる場合(申請中を含む) ※ 対象者の医療受給者証を添付してください。 氏名 受給者番号 (小慢・難病) 氏名 受給者番号 (小慢・難病) 氏名 受給者番号 (小慢・難病) 氏名 受給者番号 (小慢・難病)

新規・転入者以外の方は、原則「希望しない」に☑

小児慢性特定疾病児手帳 (こども健康手帳)の交付	<input type="checkbox"/> 希望する(希望理由に○:新規・転入・紛失・破損) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない
研究利用についての同意欄(裏面参照)	私は、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省等へ提供され、小児慢性特定疾病等に関する創薬の研究開発等に利用されることに、 【 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 ・ <input type="checkbox"/> 同意しません。】(※裏面をお読みになり、いずれかに☑を入れてください)

裏面の「医療意見書の研究利用についてのご説明」をお読みになり、いずれかのチェック欄に☑を入れてください。

医療費支給認定の遡及申請 ※1	小児慢性特定疾病医療費の支給開始日として適当と考えられる日 令和5年10月7日から	<input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他
--------------------	--	---

遡りが適用となるのは、

私は、支給認定上必要がある場合は、住民票に認定に必要な情報を照会・取得されることにより、 2023年 11 月 15 日 (フリガナ) 申請者 氏名 中部 (被保険者等) ※2	①新規申請 ②有効期間内に更新申請が出来ず、新規申請扱いとなる更新申請 ③疾病追加の申請 の方です。(通常の更新の方は記入不要) 該当する方のみ、医療意見書に記載された「診断年月日」をご記入ください。 診断年月日から申請日まで、1か月以上の日数を要した場合は、該当する理由に チェック☑を入れてください。 (医療意見書に診断年月日の記載がない場合は、本市が直接、医療機関に照会します。)
---	--

※1 支給開始日は、診断日、又は申請日から1ヶ月以内の日を記載してください。記載がない場合は、診断日、又は申請日から1か月前の日を記載してください。記載がない場合は、診断日、又は申請日から1か月前の日を記載してください。記載がない場合は、診断日、又は申請日から1か月前の日を記載してください。

※2 申請者についての優先順位(受診者が18歳以上の場合は、本人が申請)	受付印	担当者
①児童が加入する健康保険の被保険者 ②児童を現に監護する方 (例:①に該当する父又は母の一方) ③収入が高い方	申請者は、原則として健康保険の被保険者です。被保険者の方が単身赴任等で別居している場合は、「児童を現に監護している方」となります。 受診者が18歳以上(成年患者)の場合は、本人が申請してください。	

↓申請者と受診者とが別の住所の場合

住所	電話番号
----	------

## 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書2枚目(世帯調書)

下記の太枠内に、患者本人と同じ健康保険に加入する人(生活保護の場合は世帯員)全員を記入してください。

	世帯員氏名	続柄	年齢	生年月日		市民税所得割額(非課税世帯の場合は年収) ※豊中市使用欄
				個人番号(12ケタ)		
医療費支給認定基準世帯員	(患者本人)	受診者本人		生年月日	年 月	個人番号(マイナンバー)
	フリガナ		個人番号			
	(申請者(保護者))	本人の		生年月日	年 月 日	
	フリガナ		個人番号			
		本人の		生年月日	年 月 日	
	フリガナ		個人番号			
	本人の		生年月日	年 月 日		
フリガナ		個人番号				
特別区分	血友病・Ⅰ(生活保護等)・Ⅱ(低所得Ⅰ)・Ⅲ(低所得Ⅱ)・Ⅳ(一般所得Ⅰ)・Ⅴ(一般所得Ⅱ)・Ⅵ(上位所得)					

太枠内のみ記入してください

**【新規・転入の方へ】**  
 以下の方は、(非)課税証明書の提出が必要となります。

ア. 市町村民税非課税の方で、被用者保険(協会けんぽ・〇〇健康保険組合、〇〇共済組合など)にご加入の方(豊中市国保は含みません) → 被保険者分

イ. 業種別国民健康保険組合(医国、歯国、建国、税国など)にご加入の方  
 → 加入者世帯全員分  
 ※16歳未満で無収入の方については申立書を提出していただくことにより省略できます。

ウ. 被保険者が単身赴任等の理由で、豊中市での課税状況が確認できない方

「続柄」は受診者本人から見たものを記入してください

ここより下は、市町村民税非課税の方のみ記入してください。

**市町村民税非課税世帯で申請者の収入が80.9万円以下の場合**は障害年金等(※1)や特別児童扶養手当等(※2)の受給状況がわかる書類を提出してください

なお、収入が80.9万円以上ある場合はそれらの書類の提出の有無に関わらず、自己負担上限月額決定のための階層区分はⅢ(2500円)になります。

**【収入に係る申し立て欄】** 3つのチェック欄のうち、いずれかに☑を付けてください(非課税の方のみ)

該当する欄に☑を付けてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	障害年金	市民税非課税の方は、階層区分が2段階(Ⅱ・Ⅲ)に分かれるため、 <b>年金・手当等の収入を含めた合計収入が、年間80.9万円未満か80.9万円以上かを確認する必要があります。</b> →年金・手当等の年間受給額が確認できる書類(通知書など)を提出してください。  ※年間80.9万円以上であることが明らかな場合は、上から3番目のチェック欄に☑を入れてください。この場合、年金・手当収入の証明書類の提出は必要ありません。(階層区分はⅢになります)
<input type="checkbox"/>	障害年金	
<input type="checkbox"/>	障害年金階層区分	

※1；障害年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、障害給付

※2；特別児童扶養手当等とは…特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当

以上の内容について相違ないことを申し立てます

健康保険の被保険者等(非課税の方のみ記入)

申請者氏名  
(被保険者等)