

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

豊中市

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更(自己負担上限額)	<input type="checkbox"/> 変更(疾病)	<input type="checkbox"/> 転入		
受診者 (要支援者)	ふりがな			個人番号(12桁)	年齢	歳		
	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所	〒			電話番号 (日中連絡先)	① ②		
	加入 医療保険	ふりがな			続柄	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> その他
		被保険者氏名 (国保は世帯主)			記号			
		保険者名称			番号			
		保険種別	<input type="checkbox"/> 被用者保険(協会けんぽ、組合健保、共済等)		<input type="checkbox"/> 国民健康保険			
		<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(業種別)		<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> その他()		
疾病名								
更新または変更 の場合	受給者番号			転入の 場合	転入元 (例:〇〇県〇〇市)			
	小児慢性特定疾病 児童手帳の再交付	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない		転入日	年 月 日		
受診指定医療機関名 (主に利用する医療機関)				所在地				
自己負担上限月額 の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	重症患者認定基準を満たしている方 ※別紙重症患者申請書(医療意見書)を添付						
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	対象疾病に起因し、継続して常時、人工呼吸器又は体外式補助人工心臓等を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている方 ※別紙人工呼吸器等装着者申請時添付書類(医療意見書)を添付						
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	申請月を含めた直近1年間の本制度認定期間内に、承認疾病にかかる医療費の総額(10割分)が5万円を超える月が6回以上ある方 ※自己負担上限額管理票を添付						
	<input checked="" type="checkbox"/> 該当するものに	医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の認定患者(申請中を含む)がいる方 ※以下に按分対象者の氏名及び認定の種別をを記入の上、医療受給者証を添付						
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例	対象者	<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病		
			<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病	<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病		
研究事業に ついての同意	私は、別紙説明書を確認の上、小児慢性特定疾病の医療費助成の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、小児慢性特定疾病等に関する創業の研究開発等に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない							
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	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 ()						
申請者 ※2	(豊中市長)宛 私は、支給認定上必要がある場合は、豊中市が住民記録情報及び市税情報を閲覧・利用すること並びに受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得されること、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、加入する医療保険者に認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意したうえで、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。							
	ふりがな			個人番号(12桁)	申請日	年 月 日		
	氏名							
住所 (受診者と別の住所の場合)	〒			続柄(受診者の) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()				

※1 支給開始日は、診断日又は申請日から1か月(やむを得ない理由により申請ができなかった場合は、最長3か月)前のいずれか遅い日まで遡及できます。医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給開始日として適当と考えられる年月日を記載してください。ただし、支給開始日については、診断年月日や遡りが可能な期間等を考慮して決定されます。記載した日付とならない場合もありますのでご了承ください。

※2 受診者が18歳以上の場合は本人が申請者となります。その他の場合の優先順位は次のとおりです。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に該当する父または母の一方が、単身赴任等により別居している場合) ③収入が高い方

担当者		受付	
-----	--	----	--

世帯調書

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

医療費支給認定基準世帯員	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)※豊中市記入欄
	患者本人		受診者本人		生年月日	年 月 日	
	ふりがな				個人番号		
	申請者(保護者)		本人の		生年月日	年 月 日	
	ふりがな				個人番号		
	ふりがな		本人の		生年月日	年 月 日	
					個人番号		
	ふりがな		本人の		生年月日	年 月 日	
					個人番号		
	ふりがな		本人の		生年月日	年 月 日	
					個人番号		
	ふりがな		本人の		生年月日	年 月 日	
					個人番号		

特例	重症認定・高額かつ長期・人工呼吸器・世帯内按分
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)

↓ 以下は、市町村民税非課税世帯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809,000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。
 ○収入が809,000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、自己負担金上限月額決定のための階層区分はⅢ(2,500円)になります。

【収入に係る申し立て欄】

以下の内容に相違がないことを申し立てます。(該当する欄に☑をつけてください。)

<input type="checkbox"/>	障害年金等(※1)・特別児童扶養手当等(※2)の収入はありません。	※1: 障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、障害手当、障害一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障害給付金、障害補償、障害補償給付、障害給付等
<input type="checkbox"/>	障害年金等(※1)・特別児童扶養手当等(※2)の年収を証明する書類を提出します	
<input type="checkbox"/>	障害年金等(※1)・特別児童扶養手当等(※2)の年収を証明する書類を提出しないため、自己負担額の階層区分が低所得Ⅲ(年収809,000円以上)になることを了承します。	※2: 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