

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

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	(12桁のマイナンバー)
	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) 豊中市岡上の町2-1-15	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	父	国民健康保険（豊中市・業種別）
	被保険者氏名 (国保は世帯主氏名)	中部	母	保険内容	被用者保険（協会けんぽ）・組合健保・共済
	記号	12345678	番号	123	名称（保険者番号） (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

自己負担する上限月額	<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者申請時添付書類（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)

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	新規・転入者以外の方は、原則「希望しない」に○
-----------------------------	---	-------------------------

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)
--------------------	---

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
--------------------	---

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・取得されることに同意します。 2023年 11 月 15 日 (フリガナ) 申請者 氏名 中部 (被保険者等) ※2	遡りが適用となるのは、 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か月以内の日を、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。記載がない場合は、診断日、又は申請日から1か月前の日のいずれか遅い日を支給開始日とします。 ※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） 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。
--	--

※1 支給開始日は、診断日、又は申請日から1か月以内の日を、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。記載がない場合は、診断日、又は申請日から1か月前の日のいずれか遅い日を支給開始日とします。

申請者	受付印	担当者
-----	-----	-----

↓申請者と受診者とが別の住所の場合	住所	電話番号
-------------------	----	------