

記載例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

小児慢性特定疾病登録者証申請書

新規 更新
疾病追加 登録者証申請
変更()

受診者	フリガナ	サガミ タロウ										生 年 月 日 (年 齢)					
	氏 名	相模 太郎										平成 6 年 1 月 1 日生 (0 歳)					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	日中に連絡の取れる電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					
	住 所	〒252-0239 相模原市 中央 区 中央2-11-15										父・母・本人・その他()					
	疾病名	〇〇〇〇症、〇〇〇〇症										受診者の被保険者証に枝番が書かれている場合は記入してください。					
	受給者番号	(新規申請の場合は記入不要)										<input checked="" type="checkbox"/> 希望する					
加入医療保険	被保険者氏名	相模 一郎										受診者との続柄 父・母・					
	被保険者証発行機関名	全国健康保険協会 〇〇支部										被保険者証の記号・番号 記号 番号 枝番 12345 56 01					
	保険者番号	1400000										保健種別 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合・国保 <input type="checkbox"/> 国保組合・その他() <input type="checkbox"/> 生活保護受給					
申請者	氏 名	相模 一郎										受診者との続柄 父・母・その他()					
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	被保険者証を確認して記入してください。			
	住 所	相模原市 区										同じ氏名を記入してください。					
受診を希望する指定医療機関の名称	医療機関等の名称										電話番号						
	〇〇病院										相模原市中央区〇〇1-2-3 電話 042-000-0000						
自己負担上限月額の特例	重症患者認定	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 (※1:要申告書) <input type="checkbox"/> 非該当										人工呼吸器等装着 <input checked="" type="checkbox"/> 該当 (※2:要証明書) <input type="checkbox"/> 非該当					
	高額かつ長期	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 (※3:要申告書) <input type="checkbox"/> 非該当										世帯内按分特例 (該当の場合は下欄に対象者を記入) <input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当					
世帯内特例	登録者証のマイナンバーを用いた情報連携は、令和6年6月以降に開始されます。										氏名 相模 花子		受給者番号 87654321				
	登録者証申請 <input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 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。						
小児慢性特定疾病医療費の支給開始が適当と考えられる年月日	令和 6 年 3 月 〇 日										【左記が申請日から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により、申請書類の提出に時間を要したため						
	※1 重症患者認定申請書(※1)を提出している方が対象で、申告書記載の添付書類の提出が必要です。 ※2 人工呼吸器等装着(※2)を要している方が対象で、医師による証明が必要です。 ※3 高額な医療費(※3)が1万円/月(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年々ある方が対象で、医師による証明が必要です。										医療意見書に記載された診断年月日を記入してください。(記載のない場合は空欄としてください。)						
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。認定にあたり、住民基本台帳や課税台帳等の公簿を確認すること、他の行政機関等へ情報照会を行うことに同意します。また、医療意見書等の申請情報について、子ども家庭課、各子育て支援センター及び相模原市の関係部署が連携して、保健相談や福祉サービス、災害時の事前対策等の支援に使用することに同意します。																	
相模原市長 あて										R6 年 4 月 〇 日							
申請者氏名										相模 一郎							
※申請者氏名は、自筆による署名又は記名押印																	

ここには何も記載しないでください。