

記載例（登録者証申請）

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	1	2	日中に連絡の取れる電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・本人・その他()			
	住 所	〒252-0239 相模原市 中央 区 中央2-11-15											<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
	疾病名	〇〇〇〇症、〇〇〇〇症											母・本人・その他()				
	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 (新規申請の場合は)											母・本人・その他()				
加入医療保険	被保険者氏名												被保険者証の記号・番号	記号	番号	枝番	
	被保険者証発行機関名												健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国保 国保組合・その他() <input type="checkbox"/> 生活保護受給				
	保険者番号																

疾病が複数ある場合は、すべて記入してください。

申請者	氏 名	相模 一郎											受診者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他()				
	個人番号																
	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 (薬局、訪問看護事業所等を含む) ※記入欄不足の場合は世帯調書備考欄へ	医療機関等の名称												電 話 番 号			
													電 話			
													電 話			
													電 話			
													電 話			

自己負担上限月額の特例	重症患者認定	<input type="checkbox"/> 該当 (※1:要申告書)	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 該当 (※2:要証明書)	<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 type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当

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。登録者証が発行された場合の医療受給者証は、表題が「小児慢性特定疾病医療受給者証兼登録者証」となります。

世帯内按分	受給者番号		受給者番号	
※受診者と同世帯の指定難病等(本人の指定難病含む)⇒所管課に認定状況を確認しますので、ご了承ください。	小児慢性	氏名		

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 年 月 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 重症患者認定申告書②重症度 基準①又は②)に該当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 人工呼吸器又は体外式補助心臓等を使用している方が対象で、医師による証明が必要です。
 ※3 高額な医療費が長期的に継続する方(医療費総額が5万円/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)を超える月が年間6回以上ある場合)が対象で、申告書記載の添付書類の提出が必要です。

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

申請者氏名

R6 年 4 月 〇 日

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。