

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 | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 (年 齢) | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | 平成 年 月 日生 (歳) | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | 日中に連絡の取れる電話番号 - - | | |
| | 住 所 | 〒 相模原市 区 | | | | | | | | | | 父・母・本人・その他() | | | |
| | 疾病名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者番号 | (新規申請の場合は記入不要) | | | | | | | | | | 小児慢性特定疾病児童手帳 | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | 父・母・本人・その他() | | |
| | 保険者名 | | | | | | | | | | | 記号・番号 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| | 保険者番号 | | | | | | | | | | | 保健種別 | 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 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|------------|--|
| 申請者 <small>※受診者と異なる場合</small> | 氏 名 | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | 父・母・その他() | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 相模原市 区 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|
| 受診を希望する指定医療機関の名称 <small>(薬局、訪問看護事業所等を含む)</small> <small>※記入欄不足の場合は世帯調書備考欄へ</small> | 医療機関等の名称 | | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | |
| | | | | | | | | | | | | 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) <input type="checkbox"/> 非該当 | 人工呼吸器等装着 | <input type="checkbox"/> 該当 (※2:要証明書) <input type="checkbox"/> 非該当 |
| | 高額かつ長期 | <input 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 type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 |

| | | | |
|---|------|----|-------|
| 世帯内按分特例の対象者 <small>※受診者と同世帯の指定難病・小児慢性特定疾病の対象者 (本人の指定難病含む(同一疾病は対象外)) ⇒所管課に認定状況を確認しますので、ご了承ください。</small> | 指定難病 | 氏名 | 受給者番号 |
| | 小児慢性 | 氏名 | 受給者番号 |

| | | |
|--------|--|---|
| 登録者証申請 | <input 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 | 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

年 月 日

申請者氏名

※申請者氏名は、自筆による署名又は記名押印

| | | | | |
|-------|------------|--|--|-----|
| 事務処理欄 | 申請書類(提出に○) | 全員提出:申請書・世帯調書・医療意見書・同意書(保険者用)・同意書(厚労省)※任意・医療保険の資格確認書等(写)・アンケート※任意 対象者のみ提出:重症患者認定申告書(※1・3)・人工呼吸器等装着者証明書(※2)・その他() 非課税世帯で非課税年金等の受給がある場合のみ提出:年金証書の写し・公的年金等受給証明書・特別児童扶養手当証書・() | | |
| | 確認事項 | 来庁者と申請者の関係 | 父・母・本人・代理人(関係: / 委任状 有・無) 代理権確認書類…戸籍謄抄本・医療保険の資格確認書・その他() | 収受印 |
| | | 来庁者本人確認 | 個人番号カード・運転免許証・旅券・() 医療保険の資格確認書・受給者証()・その他() 写真の無い証明書の場合は、2点以上の証明書が必要。 <input type="checkbox"/> 身元未確認(確認できない場合も、チェックして、申請を受理してください) | |
| | | 申請者番号確認 | 個人番号カード・通知カード・住民票(番号記載有)・その他() <input type="checkbox"/> 番号未確認(確認できない場合も、チェックして、申請を受理してください) | |