

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	1	2	3
	住 所	〒 252-0239 相模原市 中央 区 中央2-11-15		日中に連絡の取れる電話番号 000 - 0000 - 0000										
	疾病名	〇〇〇〇症、〇〇〇〇症		父・母・本人・その他()										
加入医療保険	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 checked="" type="checkbox"/> 希望する									
	被保険者氏名	相模 一郎		受診者との続柄	父・母・									
	保険者名	全国健康保険協会 〇〇支部		記号・番号	記号 12345 番号 56 枝番 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 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合・その他() <input type="checkbox"/> 生活保護受給									

疾病が複数あり、医療意見書が複数になる場合は、医療意見書の病名をすべて記入してください。

記号・番号のあとに枝番が書かれている場合は記入してください。

資格確認証等を確認し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	父・母・その他()								
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	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	〇〇病院	相模原市中央区〇〇1-2-3	電話	042-000-0000
	(薬局、訪問看護事業所等を含む)				
新規申請の場合、「高額かつ長期」は非該当となります。		医療保険上の同世帯員で指定難病・小児慢性特定疾病の認定を受けている方がいる場合は、該当とし、対象者の氏名及び受給者番号を記入してください。			

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 非該当
	高額かつ長期	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 (※3:要申告書) <input checked="" 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

世帯内按分特例の対象者	指定難病	氏名	相模 花子	受給者番号	87654321
	小児慢性	氏名		受給者番号	

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 7 年 1 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)を提出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)を超える月が年々(※3)を提出している方が対象で、医師による証明が必要です。
 ※4 高額な医療費(※4)を超える月が年々(※4)を提出している方が対象で、医師による証明が必要です。

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

R7 年 2 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。