

医療意見書	健康保険証	同意書	重症患者	人工呼吸器等	課税証明	その他

受付者

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)

受診者(患者)	受給者番号			4	主年月日	3	ŧ	月	日	
	ふりがな			•	•					
	名 前									
	個人番号 (マイナンバー)									
		Ŧ	: I	: :	i .	.	·	<u> </u>		
	住 所	福山市								
	病 名									
	加入する	保険の名称								
	医療保険	記号・番号			保	没者番号				
受診を希望する 指定医療機関		指定	指定医療機関名			所在地				
(薬局, 訪問看護事業者等を含む。)										
※ここに記載しき	れない場合は, 載してください。									
表面の側に配乳										
自己負担上限月額の特例 (該当するものに☑)		□ 人工呼吸器等装着者			□ 高額かつ長期					
		□□世帯内按分特例	列 I		□ 重症	患者 				
今回申請する	受診者と同じ医	療保険上の世帯内	□有➡	有の場合…	口 小児慢性	上特定疾病				
にいる指定難病又は小児慢性 助成対象者(申請中を含む。)			│□ 無		□ 指定難病	\$				
			2)/ ₁ =	名前() 受給者番号)	
本申請書に添付した医療意見書を、小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として厚生労働省に提供することについて、 ※研究利用についての説明は、別紙1に記載しておりますので、趣旨を御理解の上、右の欄に図を入れてください。 なお、チェックがない場合は、同意されたものとみなします。										
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第1項の規定に基づき申請します。申請受付後、自己負担額の決定に当たって、私又は私が属する世帯の世帯員の市民税の課税額等及び児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の5に規定されている給付額等(福山市が保有するものに限る。)又は生活保護の受給状況を市民税課税資料等で調査・確認されることについて同意します。また、私が属する世帯の世帯員の住民票及び国民健康保険加入状況を住民基本台帳等で調査・確認されることについて同意します。										
なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯の世帯員の承諾を得ています。 年 月 日							日			
福山市長	様 申請	省住所								
	申請	皆名前								
	(電話 –)	(日中連絡が取	双れる番号)				

●文和認正基準世帝員(患者と同じ医療保険	に加入りる力	を記入し			
名前	続 柄	被保険者		(記入しないでく)	ださい) は患者等の収入額
		拟床陕白	区分	川特制領人は	・応日 守い収入領
名前:			口 生 保	□ 収入額	
生年月日: 年 月 日	一本人		□ 非課税□ 課 税	□ 所得割額	e l
住所:□福山市・□その他(口 誄 悦		
名前:					
			口 生 保	□ 収入額	
生年月日: 年 月 日 住所:□福山市・□その他()			口非課税	□ 所得割額	e l
個人番号			口課税	L MARIN	',
個人借方					
名前:			□ 生 保	□ 収入額	
生年月日: 年 月 日			□ 非課税		
住所:口福山市・口その他(□課税	□ 所得割額	円
個人番号					
┃ ┃ 名前:					
			口 生 保	口 収入額	
生年月日: 年 月 日 住所:□福山市・□その他()			□ 非課税□ 課 税	□ 所得割額	円
個人番号			山林机		
名前:			口 生 保	□ 収入額	
生年月日: 年 月 日			□ 非課税		_
住所:□福山市・□その他()			口課税	□ 所得割額	円
個人番号					
※住所は、申請日が1月~6月の場合は前年1月1日、7月~1 当年1月1日に住民票があった自治体を記入してください			合計		円
福山市以外の方は、自治体名を都道府県から記入してく			ны		, ,
<受診を希望する指定医療機関の追加記載権	剃 > 				
指定医療機関名				所在地	
内 容		区分			事務使用欄
血友病		K			
生活保護受給世帯		I			
市町村民税 【患者本人(各保護者)収入		П			
非課税 80 万円<【患者本人(各保護者)収入	(額】	Ш			
市町村民税 7万	-	IV			
課税 押待割額 25 万	1,000円	V			
25 万 1,000 円≦【所得割額】		VI			
認定の可否 認定期間					階層区分
┃	- 4. 5	/ =		ロまで	
□ 認定 □ 不認定 年 月 自己負担上限額の特例	日から	<u>_</u>	月	日まで	<u> </u>
□ 人工呼吸器等装着者 □ 世帯内按分特例 ((口小慢,口指定	三難病)	□高額が	つ長期 口	重症患者
成長ホルモン治療の有無			受給者番号		適用区分
□有□無					