

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・変更）

受診者 (患者)	受給者番号		生年月日	年	月	日	年齢	歳
	ふりがな 名前							
	個人番号 (マイナンバー)							
	住所	〒 福山市						
	疾病名							
	加入する 医療保険	保険者名称		保険者番号				
	記号・番号	(枝番)						
自己負担上限 月額の特例	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者 <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 名前 ( )    受給者番号 ( ) <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 名前 ( )    受給者番号 ( ) (受診者と同じ医療保険上の世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成対象者を記載 (申請中を含む。))							
受診を希望する 指定医療機関	指定医療機関名			所在地				
	児童福祉法に基づき指定された指定小児慢性特定疾病医療機関			児童福祉法に基づき指定された指定小児慢性特定疾病医療機関の所在地				
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (更新の場合は、原則記入不要。)	【①又は②のいずれか遅い日を記入】 ①医療意見書の診断年月日 ②申請日から1か月前の同じ日 (右の欄の事由に該当する場合は、3か月前の同じ日まで遡及可能。) 年 月 日 (※)			(※) 左記の日付が申請日から1か月以上前の年月日となる場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]				
登録者証の申請	「申請する」を選択した場合、市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。						<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない	
厚生労働大臣様	本申請書に添付した医療意見書の情報が、別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての説明書」のとおり、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに、 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。また、申請に当たり、次の事項について同意します。 ①自己負担額の決定に当たり、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。 ②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。 ③私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、福山市が私の加入する医療保険者に報告を求めると及び高額療養費の算定基準を決定するために必要な所得に関する情報を医療保険者へ提供すること。 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。						<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。	
福山市長 様	申請者住所 _____ 申請者名前 _____ ( ) ※受診者が18歳以上の場合は、受診者本人が申請者となります。 (電話 _____ ) (日中連絡が取れる番号)						受診者との続柄 _____ ( )	
郵便物の送付先	(申請者住所以外の送付先を希望される場合に記入してください。ただし、保護者又は受診者の住所に限ります。)							
住所:	〒 _____ 宛名 ( )							

事務 使用 欄	添付書類	受付者確認事項 (受付時に記載すること。)	(受付印)
	<input type="checkbox"/> 医療意見書 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 健康保険情報確認書類 (目視) <input type="checkbox"/> 受診者の受給者証 <input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者証明書 <input type="checkbox"/> 医療費申告書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> マイナンバー確認書類	<input type="checkbox"/> 国家 (地方) 公務員共済組合に加入しており、被保険者が非課税の場合、同意書の添付 <input type="checkbox"/> 収入に関する申立ての記載 (非課税世帯の場合) <input type="checkbox"/> 申請者に誤りがないか確認 <input type="checkbox"/> 健康保険情報を目視で確認した場合に記載 (資格取得年月日: _____ 年 月 日)	( )
			(受付者: _____ )

●支給認定基準世帯員（患者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。）

※被用者保険に加入している場合は、受診者と被保険者及び同一保険に加入している小児慢性又は指定難病の受給者を記入してください。  
 ※住所は、申請日が1月～6月の場合は前年1月1日、7月～12月の場合は当年1月1日に住民票があった自治体を記入してください。  
 福山市以外の方は、自治体名を都道府県名から記入してください。

名前	続柄	区分	事務使用欄（記入しないでください）	
			被保険者	所得割額又は患者等の収入額
名前： ..... 生年月日：.....年 月 日 住所：□福山市・□その他（.....）	本人	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税（収入額） <input type="checkbox"/> 課税（所得割額）	円
名前： ..... 生年月日：.....年 月 日 住所：□福山市・□その他（.....）		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税（収入額） <input type="checkbox"/> 課税（所得割額）	円
名前： ..... 生年月日：.....年 月 日 住所：□福山市・□その他（.....）		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税（収入額） <input type="checkbox"/> 課税（所得割額）	円
名前： ..... 生年月日：.....年 月 日 住所：□福山市・□その他（.....）		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税（収入額） <input type="checkbox"/> 課税（所得割額）	円
名前： ..... 生年月日：.....年 月 日 住所：□福山市・□その他（.....）		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税（収入額） <input type="checkbox"/> 課税（所得割額）	円
			所得割合計	円

●収入に関する申立て（医療保険上の保険世帯が市民税非課税の場合のみ記入してください。）

（1）申請者に次の表の収入がありますか。（※申請日が1月～6月の場合は前々年、7月～12月の場合は前年の収入）

無 ⇒記入終了です。  有 ⇒該当するものに☑をいれてください。

<input type="checkbox"/> 障害（基礎・厚生・共済）年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 障害（補償）給付 <input type="checkbox"/> 遺族（基礎・厚生・共済）年金 <input type="checkbox"/> 障害（補償）一時金 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	（事務使用欄）   円
---	----------------------

（2）（1）の収入を含めて、申請者の年間収入額が80万9千円を超えていますか。

超えている。 ⇒記入終了です。

超えていない。 ⇒（1）で☑をした収入の年額が確認できる書類（年金証書・預金通帳等）の写しを提出してください。写しを添付できない場合、階層区分が低所得Ⅱとなることに同意します。

内容	区分
血友病	K
生活保護受給世帯	I
市町村民税非課税	【患者本人（各保護者）収入額】 ≤ 80.9万円    Ⅱ 80.9万円 < 【患者本人（各保護者）収入額】    Ⅲ
市町村民税課税	【所得割額】 < 7万1,000円    Ⅳ 7万1,000円 ≤ 【所得割額】 < 25万1,000円    Ⅴ 25万1,000円 ≤ 【所得割額】    Ⅵ

事務使用欄

認定の可否 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定	認定期間 .....年 月 日から .....年 月 日まで	階層区分
自己負担上限額の特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例    ( <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 指定難病 )		受給者番号