

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新)												
受診者	受給者番号											
	ふりがな 氏名								生年月日			
									年	月	日	
	個人番号											
	住所 (居住地)	〒							連絡先 (電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名								受診者との 続柄		
		保険種別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他 ()									
保険者名称							被保険者証 記号・番号					
病名(主病)				病名(副疾病1)				病名(副疾病2)				
申請者 (保護者)	ふりがな 氏名								受診者との関係			
	個人番号											
	住所	〒							連絡先 (電話)			
受診を希望する 指定医療機関等	医療機関等名					所在地						
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着					<input type="checkbox"/>	重症患者認定				
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期										
申請する受給者証と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無						有(氏名・受給者番号)・無						
私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、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および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。										申請受付年月日		
【同意する場合のみ記入してください。】 年 月 日 申請者氏名												
私は、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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 (宛先) 受給者との続柄 () 滋賀県知事												

保健所記入欄	世帯の市町村 民税課税状況 等	課税	円 (市町村民税課税額(所得割))				自己負担上限額の特 例に関する書類確認	有・無
		非課税	保護者(本人)収入額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担 上限階層区分		
	加入医療保険 変更の有無	有・無	送付先 の有無	有・無	特記事項			

- 注1 標題の申請名のうち、新規・更新のいずれか該当する事項に○印を付けてください。
- 2 受給者番号は、更新の場合のみ記入してください。
- 3 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。
- 4 受診を希望する指定医療機関等欄(薬局または訪問看護事業所を含む。)に不足があるときは、裏面に記載してください。
- 5 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。
- 6 保健所記入欄には、記入しないでください。

(裏)

○注意事項

(1) 人工呼吸器等装着 継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。 生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に1日中施行することが必要であつて離脱の可能性がないことをいう。
(2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」） 高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。
(3) 重症患者認定 平成26年厚生労働省告示第462号に定める小児慢性特定疾病による身体の状態または当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。 上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

○支給認定基準に関する事項

※ 該当する場合のみ、こちらへ記入をお願いします。

市町村民税非課税世帯で控除後年収が80万円以下の場合	(提出書類以外に) 児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第22条第1項第1号(児童福祉法施行令の一部を改正する政令(平成26年政令第357号)附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。)の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名

注 不要の文字は、抹消してください。

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

受診を希望する指定医療機関等	医療機関等名	所在地

【申請者(保護者)の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏名	本人との関係() 電話()