

申請書記入例(おもて)

様式第3号(第3条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新)

受給者番号									
受診者	ふりがな	しが たろう				生年月日			
	氏名	滋賀 太郎				令和 1年 1月 1日			
	個人番号	* * * * *				(3 歳)			
	住所 (居住地)	〒520-8577 大津市京町四丁目○番○号 1番1号				連絡先(電話) 077-528-0000			
加入医療保険	被保険者氏名	滋賀 花子				受診者との続柄			
	保健種別	<input type="checkbox"/> 健保協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他()				母			
	保険者名称	<input checked="" type="checkbox"/> 共済組合 滋賀県支部 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 滋賀支部		被保険者証 記号・番号		滋賀 1234567 987654321			
病名(主疾病)	○○				病名(副疾病1)	<input type="checkbox"/>			
申請者 (保護者)	ふりがな	しが はなこ				受診者との関係			
	氏名	滋賀 花子				母			
	個人番号	* * * * *				住所			
受診を希望する 指定医療機関等	医療機関等名					所在地			
	県庁病院					大津市京町四丁目1-1			
	県庁薬局					大津市京町四丁目1-1			
○○薬局					大津市京町四丁目1-1				
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着				<input checked="" type="checkbox"/> 重症患者認定				
	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有(氏名・受給者番号 滋賀 太郎 1234567) ・ <input type="checkbox"/> 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に利用することに同意します。【同意する場合、記入して下さい。】									
令和5年 7月 1日					申請者氏名 滋賀 花子				
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。 令和5年 7月 1日 申請者 住所 大津市京町四丁目1番1号 氏名 滋賀 花子 受給者との続柄(母) (宛先) 滋賀県知事 所在地情報の秘匿希望									
小児慢性特定疾病の治療研究等の基礎資料としての利用について、同意いただける場合は記入してください。 円 個人番号の提供にあたり、DV・虐待を受けて避難されている方で所在地情報の秘匿を希望される方は、枠内に「所在地情報の秘匿希望」と記入してください。									
記入欄	非課税		保護者(本人)収入額		80万円以下・80万円を超える				
	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		

1 受給者証に記載の住所・氏名を印字しています。変更があった場合は訂正してください。

2 受給者証に記載の保険情報を印字しています。健康保険証が変わっている場合は、訂正をしてください。

3 「*」の印字のない方は、原則、個人番号の記入が必要です。

4 受給者証に記載の医療機関を印字しています。受診予定のない医療機関は削除し、医療機関を追加する場合は空欄に記入してください。(不足する場合は裏面に記載してください。)

5 現在認定されている特例に を印字しています。特例の該当の有無について、あてはまる にチェックしてください。

6 **★ご注意ください！**
記入もれが多い箇所です
あてはまる にチェックし、氏名・受給者番号を記入してください。

7 **★ご注意ください！**
記入もれが多い箇所です
申請日は書類提出日を記入してください。
申請者の「住所」・「氏名」を必ず記入してください。

※受診者が18歳以上の場合は、受診者本人が申請者として記入してください。

- 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○をしてください。
- 注2 受給者番号は、更新の場合のみ記入してください。
- 注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。
- 注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。
- 注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。
- 注6 保健所記入欄には、記入しないでください。

【注記】
 ・印字内容は令和5年3月末時点の情報です。
 ・記載内容に変更等があれば、ボールペンで線を引いて訂正をしてください。
 ・記入もれの場合、追加記入が必要になる場合がありますのでご注意ください。

申請書記入例(うら)

○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、医学的に一日中施行することが必要であっ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462号に定める小児慢性特定疾病による身体の状況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	滋賀 次郎	受診者との続柄	父	8
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 滋賀 花子	9
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

	医療機関等名	所在地
受診を希望する指定医療機関等		

【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	〒	10
氏名	本人との関係() 電話()	

8
★ご注意ください！
記入もれが多い箇所です

受診者と同じ医療保険に加入している方全員をもれなく記入してください。

印字されている方で、別の医療保険に加入されている方は、線を引いて削除してください。

同じ医療保険に加入されている方が増えた場合は、空欄に記入をしてください。

※個人番号(マイナンバー)は、「*」の印字のない方は、原則、全員の記入をお願いしております。新たに追加された方は記入してください。なお、受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみで結構です。被保険者および患者本人以外の扶養家族の個人番号(マイナンバー)は登録不要です。

個人番号(マイナンバー)の登録がある方は、課税証明書の提出を省略できます。

9
★ご注意ください！
記入もれが多い箇所です

該当される方は、枠内を記入してください。

10

申請者の住所と異なる送付先に新しい受給者証の送付を希望される場合は、こちらに記入してください。

なお、申請者の電話番号に連絡が取れない場合は、こちらの番号に電話をすることがありますのでご了承ください。