

# 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)

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                                   |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------|-----------|---|
| 受診者                                                                                                                                                                    | 受給者番号                                                                                                                                                   |                                                   |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | ふりがな                                                                                                                                                    | しが たろう                                            |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 氏名                                                                                                                                                      | 滋賀 太郎                                             |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 個人番号                                                                                                                                                    | * * * * * * * * * * * *                           |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
| 受診者                                                                                                                                                                    | 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)                                                                                                                                                 | 077-528-〇〇〇〇                                      |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 加入医療保険                                                                                                                                                  | 被保険者氏名                                            | 滋賀 花子  |     |      |                                                                          |  |  |  |       | 受診者との関係   | 母 |
|                                                                                                                                                                        | 保険者名称                                                                                                                                                   | 全国健康保険協会 滋賀支部                                     |        |     |      |                                                                          |  |  |  | 記号・番号 | 987654321 |   |
| 保護者                                                                                                                                                                    | 病名 (主疾病)                                                                                                                                                | 〇〇                                                |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 病名 (副疾病1)                                                                                                                                               | 〇〇                                                |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 病名 (副疾病2)                                                                                                                                               |                                                   |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | ふりがな                                                                                                                                                    | しが はなこ                                            |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
| 保護者                                                                                                                                                                    | 氏名                                                                                                                                                      | 滋賀 花子                                             |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 個人番号                                                                                                                                                    | * * * * * * * * * * * *                           |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 住所                                                                                                                                                      | 〒520-8577 大津市京町四丁目○番○号 1番1号                       |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 連絡先(電話)                                                                                                                                                 | 077-528-〇〇〇〇                                      |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
| 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<br><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<br><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が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。】<br>令和8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。<br>令和8年 7月 1日<br>申請者(保護者※受診者が18歳以上の場合は受診者)<br>住所 大津市京町四丁目1番1号<br>氏名 滋賀 花子<br>(宛先) 滋賀県知事<br>受給者との続柄(母)<br>所在地情報の秘匿希望                    |                                                                                                                                                         |                                                   |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
| 保健所記入欄                                                                                                                                                                 | 世帯の市町村民課税状況等                                                                                                                                            | 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。 |        |     |      |                                                                          |  |  |  |       |           |   |
|                                                                                                                                                                        | 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 | 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。 |  |  |  |       |           |   |

### 【注記】

- ・印字内容は有効期間満了日の6か月前時点の情報です。
- ・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。

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(マイナンバー)の記入が必要です。

5

被用者保険の場合、原則被保険者としてください。

7

現在認定されている特例に■を印字しています。状態が変わり、該当しない場合は二重線でチェックを消してください。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。  
※特例を申請する場合は別途書類が必要です。

9

★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。

※受診者が18歳未満の場合でかつ被用者保険に加入している場合、原則、申請者は被保険者としてください。

記入方法についてのお問い合わせ先は「滋賀県 受給者証更新コールセンター」まで

077-528-3669 (月～金(祝日除く)) 午前9:00～午後5:00

## 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 10 |
| 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。

|                   |                                                                                                              |    |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 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「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(注)を了承し、所得を確認する書類は提出しません。 | 11 |
| 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<br>指定医療機関等                                                                                                                                                                                                                                                            | 県立病院<br>大津市京町四丁目1-1 | 12 |
| ※医療意見書を記載した医療機関等(1カ所)を記載してください。<br>※令和6年度以降に発送する受給者証には、「個別の指定医療機関の名称」ではなく、「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等)」と記載します。そのため、「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」であれば受診を希望する指定医療機関の追加や変更の申請をしなくても、助成対象として受診できるようになります。医療機関が「児童福祉法に基づく指定医療機関の指定」を受けているかどうかは、各都道府県・指定都市・中核市のHPにおいてご確認ください。 |                     |    |

【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 |                    | 13 |
| 氏名    | 本人との関係( )<br>電話( ) |    |

10

★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。  
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。

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は登録不要です。

個人番号(マイナンバー)を登録されると、原則、課税証明書の提出を省略できます。

11

★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。

12

受診を希望する指定医療機関(基本的には医療意見書を記載した医療機関)を記載してください。

13

保護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、こちらに記入をしてください。

なお、保護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。