

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		1	2	3	4	5	6	7
受診者	ふりがな	しが たろう						
	氏名	滋賀 太郎						
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0
	住所(居住地)	〒 申請者と同じ						
加入医療保険	被保険者氏名	滋賀 花子						
	保健種別	健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他						
	保険者名称	全国健康保険協会 滋賀支部						
	被保険者証記号・番号	987654321						
保護者	病名(主疾病)	00 4						
	病名(副疾病1)	00						
	病名(副疾病2)	00						
	ふりがな	しが はなこ						
更新申請では記載不要	氏名	滋賀 花子						
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0
	住所	〒 申請者と同じ						
	受診者との関係	母						
自己負担上限額の特例	人工呼吸器等装着	☒						
	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 滋賀 太郎 1234567) ☐ 無						
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始する年月日		令和8年 7月 1日						
申請受付年月日		令和8年 7月 1日						
申請者(保護者※受診者が18歳以上の場合は受診者)住所		〒520-8577 大津市京町四丁目1番1号						
氏名		滋賀 花子						
(宛先) 滋賀県知事		所在地情報の秘匿希望						
保健所記入欄	世帯の市町村民税課税状況等	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。		

1 受給者番号・氏名・生年月日・氏名・連絡先をご記入ください。住所は申請者と同じ場合、☒で省略可能です。

2 現在加入されている医療保険の情報を記入ください。(加入している保険種別を○で囲み、保険証を参考に、保険者・記号・番号を記入)

3 個人番号(マイナンバー)の登録をご希望の場合は、個人番号(マイナンバー)をご記入のうえ、個人番号(マイナンバー)の確認書類を添付してください。確認書類については、チェックリスト⑩をご確認ください。

4 認定を受けている疾病名を記入してください。

5 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。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。特例についての詳細は、同封の「よくあるご質問」8ページ、10～11ページをご確認ください。

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。

【注記】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	滋賀 次郎	受診者との続柄	父
個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		
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			

7

★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。

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、原則、全員の記入をお願いしております。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。

なお、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。

○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一部を改正令(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とし、所得を確認する書類は提出しません。
	氏名

8

★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。

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	県庁病院	大津市京町四丁目1-1
----------------	------	-------------

9

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。

【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()

10

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。

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