

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 (歳)												
	個人番号																							
	住 所 (居住地)	□申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。） 〒										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										記号・番号														
病名（主疾病）						病名（副疾病1）								病名（副疾病2）										
保護者	ふりがな 氏 名											受診者との関係												
	個人番号																							
	住 所	□申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。） 〒										連絡先 (電話)												
自己負担上限額 の特例		☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着								☐	重 症 患 者 認 定												
		☐	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														
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		年 月 日		【左欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他 ()																				
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) 滋賀県知事												申請受付年月日												
保健所記入欄	世帯の市町村民税の課税状況		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											
									月額自己負担上限額															
	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 記入に当たっては、裏面の注意事項を参照してください。
2 非課税世帯は「支給認定基準に関する申告書」を添付してください。

(裏)

○注意事項

- 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入してください。
- 4 自己負担上限額の特例欄の記入は、下記を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。
 - (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。
- 5 小児慢性特定疾病医療費は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日の分から支給することができます。ただし、同日が申請日から1か月以上前である場合にあつては、申請日の1か月前の日（やむを得ない理由により当該診断した日から1か月以内に申請することができなかつた場合にあつては、申請日の最長3か月前の日）の分から支給することとします。ついては、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欄には、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、該当する年月日を記入してください。更新の場合は、原則として記入不要です。
- 6 保健所記入欄には、記入しないでください。

○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。

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
-------------------	---

○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

【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（ ）