

太枠内の内容を記入してください。

※変更申請は、自己負担上限に関する事項又は疾病名の変更に限る。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書
 新規・更新・変更・転入（転入元： 転入日： 年 月 日）

(※1)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|---|---|--|--|-----------------------------------|--|--|-------|------------|---|------|--|---|
| 受診者／要支援者 | ふりがな | | | | | | | | | | | 年齢 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 歳 | 年 | 月 | 日 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 寝屋川市 | | | | | | | | | | 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 | <input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 寝屋川市国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 保険なし（生活保護受給） | | | | | | | | | | 被保険者証の 記号・番号 | | | |
| | 被保険者証 発行機関名 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（※2） | ふりがな | | | | | | | | | | | 受診者との 関係 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限月額の特例 (該当するものに☑) | | <input type="checkbox"/> 重症患者認定 | | | | | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※3) | | | | | <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 | | | | | | | | |
| 今回申請する受診者と同じ世帯(※4)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者) | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【難病・小慢】氏名()受給者番号() 【難病・小慢】氏名()受給者番号() | | | |
| 疾病名 (複数ある場合は全て記入) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診を希望する 指定医療機関 | 医療機関名 | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 (更新または変更の方のみ記入) | | | | | | | | | | | 登録者証申請(※5) | | | <input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない | |
| | | | | | | | | | | | 子ども健康手帳の交付 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない | |
| 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 (※6, 7) | 年 | 月 | 日 | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 { } | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先) 寝屋川市長 殿 | | | | | | | | | | 申請者氏名 | | | | | |

- ※1 新規・更新・変更・転入のいずれかに○をする。
- ※2 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童等の医療保険の被保険者(本人)である保護者となる。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
- ※3 月ごとの小児慢性特定疾病の医療費総額が5万円を超える月が申請を行う月以前の12か月以内で6回以上ある。
- ※4 受診者と生計を一にする者とする。
- ※5 「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することができる。
- ※6 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。
- ※7 更新の場合は、原則記入不要。

| | | | | |
|--------|-------------------|------|------------------|-------|
| 受付者 | 新規・継続・他 | No. | 審査 | (受付印) |
| 承認 | 一般・重症・人工・高額・世帯・血友 | 階層区分 | I・II・III・IV・V・VI | |
| 条件付き承認 | | | | |
| 不承認理由 | | | | |

【裏面あり】

(裏面)
世帯調書

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・個人番号 | 続柄 | 生年月日 | 小児慢性特定疾病又は指定難病医療費助成に該当する場合に☑ (申請中も含む) 及び受給者番号 |
|--------------|------------|-----------|-------|--|
| 受診者 | 氏名 | 本人 | 年 月 日 | / |
| | 個人番号 | | | |
| 医療費支給認定基準世帯員 | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |
| | 氏名(ふりがな) | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号 () <input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号 () |
| | 個人番号 | | | |

※以下、該当者のみ記入してください

申立書兼同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。
 また、必要に応じ、官公署等に対し、受給者及び支給認定基準世帯員等の資産又は収入の状況についての必要な文書の閲覧、資料の提供等を求めることに同意します。

年 月 日

寝屋川市長 宛て

申請者住所：寝屋川市

申請者氏名：

受給者氏名：

【課税証明を提出しない場合】

| | | |
|--------------------|--------------------------|--|
| 自己負担Ⅵ階層 (上位所得) 了承欄 | <input type="checkbox"/> | 世帯の課税証明を提出しないため、自己負担額上限額の階層区分が「上位所得」となることを了解します。 |
|--------------------|--------------------------|--|

【市民税非課税世帯で収入が80万円以下の場合】

| | | |
|---------|-----------------------------|---|
| 収入に係る申立 | 市民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。 | |
| | <input type="checkbox"/> | 年金等、手当※による収入はありません。 |
| | <input type="checkbox"/> | 年金等、手当※による収入が以下のとおりあります。(年金等、手当※の受給金額が分かる書類の提出が必要です。) <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年額 円</div> |
| | <input type="checkbox"/> | 年金証書等年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が階層区分Ⅲ(低所得Ⅱ)になることを了承します。 |

※年金等とは・・・障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、障害手当金、障害一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障害給付金、障害補償、障害補償給付、障害給付 等
 手当とは・・・特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当