第１号様式

記入例（医療機関の追加）

※赤字部分を記入してください

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）※1

受診者	フリガナ	なは　はなこ	性別	男・女	年齢	10歳	生年月日	
	氏名	那覇　花子					平成22年2月2日	
	住所	（〒　900-8585　） 那覇市泉崎1-1-1					電話番号	（自宅） （携帯）090-0000-0000
	加入医療保険 ※保険証の写を添付	保険種別	健保・国保・共済・国組・船員・生保				被保険者証の記号・番号	記号 123 番号 123456
		被保険者証発行機関名	全国健康保険協会沖縄支部					
		被保険者氏名	那覇　太郎				受診者との関係	父
保護者	フリガナ	なは　たろう						
	氏名	那覇　太郎					受診者との関係	父
	住所（※2）						電話番号（※2）	

国保の場合は、世帯主名

保護者が別住所の場合は、別居先の住所を記入

保護者の障害年金・遺族年金等の受給の有無（※3）	無・有［障害年金（　級）・遺族年金］　※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)を添付
保護者の特別扶養手当等受給の有無（※3）	無・有　特別障害者手当・障害児福祉手当　経過的福祉手当・特別児童扶養手当　※手当の受給者証等確認できる書類の写を持参してください。

※年金・手当等の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「低所得Ⅱ」になることを了承する方のみ記入。（※3）
自己負担限度額が低所得区分最高ランクの「低所得Ⅱ」になることを了承します　　氏名　　印

※住民税の証明書類を提出せず、自己負担限度額の階層区分が「上位所得」になることを了承
☐ 自己負担限度額が最高ランクの「上位所得」になることを了承します。

被保険者の氏名を記載してください。

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	☐ 人工呼吸器等装着者申請書類あり	☐ 世帯内按分特例
	☐ 重症患者認定書類あり	☐ 高額かつ長期
疾病名	ゴナドトロピン依存性思春期早発症	ファロー四徴症
受給者番号		

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。

申請者氏名　那覇　太郎　印（※4）（続柄：父）

令和 2 年 5 月 21 日　那覇市長　宛

保健所受理印

※１　新規・更新・変更のいずれかに○をする。
※２　受診者本人と異なる場合に記入。
※３　受診者と同じ保険に加入している方全員が「市町村民税非課税」の場合に、ご記入ください。
※４　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
注：記入内容の消滅等を防止するため、鉛筆や消せるﾎﾞｰﾙﾍﾟﾝ等を使用しての記入はしないでください。

----------ここから下の欄には記入しないで下さい。----------

保健所記入欄

変更申請の種類	☐医療機関の追加　☐保険変更による自己負担上限額変更　☐特例による自己負担上限額変更
事前連絡の有無	無・有（令和　年　月　日）　有の場合→有効期間開始日の遡及日：（令和　年　月　日）
備考	

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） ※本人含む。

	世帯員氏名	受診者との続柄	生年月日	年齢	同居・別居（別居の場合は備考欄に住所を記入）	小慢受給者又は難病医療受給者（受給者番号を記入）	備考（別居の世帯員の場合、住所を記入して下さい）
1	(受診者氏名) 那覇 花子 個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	本人	H22.2.2	10		小慢・難病・無	
2	(被保険者氏名) 那覇 太郎 個人番号 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	父	S55.5.5	39	同居・別居	小慢・難病・無	
3	那覇 夏子 個人番号 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	母	S55.5.5	39	同居・別居	小慢・難病・無	
4	那覇 一郎 個人番号 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	兄	H20.1.1	12	同居・別居	小慢・難病・無	
5	 個人番号				同居・別居	小慢・難病・無	
6	 個人番号				同居・別居	小慢・難病・無	

1 本人と同一の医療保険に加入している人を別居の場合も含めて全員記入してください。
なお、世帯員が那覇市外に在住の場合、住民票の提出が必要となります。
2 世帯員が小児慢性特定疾病及び難病医療の給付中又は申請中の時は記入をお願いします。

現在の登録状況を反映させるため、必ず記入！！

	医療機関名	所在地・電話番号
受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）※複数可	別添のとおり	
	追加 (R2.5.21～) ○○薬局 ○○店	那覇市松尾 0-0-0

追加や削除がある場合は、それぞれ記入してください。
（追加の場合は、追加日を必ず記入！）
注意：原則、遡及付加

医療機関・薬局・訪問看護ステーションを10個まで登録できます。

児童福祉法第19条の2条第2項に基づく小児慢性特定疾病の支給認定にかかる自己負担額の決定のために必要な下記事項について、その情報を確認または照会することに同意します。

1. 世帯確認のための住民基本台帳の閲覧
2. 市町村民税の確認のための課税台帳の閲覧及び市町村民税所得課税証明書の公用取得
3. 高額療養費適用額及び世帯員確認のための国民健康保険台帳の閲覧

那覇市長宛　　令和　年　月　日

（申請者）住　所
氏　名　　印※
（※自署の場合、省略可）

代理人氏名　　印※
（※自署の場合、省略可）