

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		年齢	歳	生年月日		
	氏名				平成・令和 年 月 日		
	住所	(〒 -)			電話番号 (自宅) (携帯)		
	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
被保険者証 発行機関名					番号		
被保険者氏名					受診者 との関係		
保護者	フリガナ					受診者 との関係	
	氏名						
	住所 (※2)					電話番号 (※2)	
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							
※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」になることを了承する方のみ記入。 <input type="checkbox"/> 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。 氏名							
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者申請書類あり		<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例				
	<input type="checkbox"/> 重症患者認定書類あり		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期				
疾病名							
受給者番号							
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(※4.5)	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、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。						保健所受理印	
申請者氏名 (続柄:) 令和 年 月 日 那覇市長 宛							

※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。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
 ※3 受診者と同じ保険に加入している方全員が「市町村民税均等課税」の場合に、ご記入ください。
 ※4 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から1か月前(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、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。
 ※5 更新の場合は、原則記入不要。
 注：記入内容の消滅等を防止するため、鉛筆や消せるボールペン等を使用しない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	
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)	本人			/	小慢・難病・無	
	個人番号						
2	(被保険者氏名)				同居・別居	小慢・難病・無	
	個人番号						
3					同居・別居	小慢・難病・無	
	個人番号						
4					同居・別居	小慢・難病・無	
	個人番号						
5					同居・別居	小慢・難病・無	
	個人番号						
6					同居・別居	小慢・難病・無	
	個人番号						

- 1 加入医療保険が国民健康保険または国保組合の場合は加入している世帯全員、被用者保険（社会保険・共済組合等）の場合は被保険者と受給者本人を記入してください。
- 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。

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	医療機関名	所在地・電話番号

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

代理人氏名