第１号様式

記 入 例【更新】

A

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）
小児指定疾病医療費助成登録証交付申請書
小児慢性特定疾病要支援者証明事業（登録者証）申請書

受診者	フリガナ	フナバシ　イチロウ		年齢	2 歳	生年月日
	氏名	船橋　一郎				R2 年 4 月 1 日
	個人番号					
	住所	船橋市　北本町1-16-55			電話（日中連絡がとりやすいもの）	続柄（ 母 ） 090-○○○○-×××××
	加入医療保険	被保険者氏名	船橋　太郎		受診者との続柄	父
		保険種別	1. 協会　2. 組合　3. 共済　4. 国保(一般)　5. 国保(退職)　6. 国保組合　7. その他			
		被保険者証発行機関名	○○運輸健康保険組合		被保険者証の記号・番号	123　123456　03
申請者（※2）	フリガナ	フナバシ　タロウ				
	氏名	船橋　太郎				
	個人番号					
	住所	同上				×
疾病名		○○○○○症候群				

【申請時点で18歳未満の受診者の方】
申請者（保護者）は、下記の優先順位で記入してください

1. 受診者（児童）が加入する保険の被保険者（原則）
2. 現に受診者（児童）を監護している方
   （被保険者が単身赴任等で、監護者が希望する場合等）
3. 収入が高い方
   （受診者（児童）が働いて保護者と別保険に加入している場合等）

【申請時点で18歳以上の受診者の方】
申請者は**原則本人名義となります。**ご家族等が申請者として申請される場合は委任状が必要となりますのでお問い合わせください。

指定医療機関の設定・変更・追加

☐　なし（以下指定医療機関の記入は

☑　あり（対象疾病の診療で受診希望

指定医療機関	
○○△△こども病院	千葉県千葉市○○区××1－2－3
	船橋市△△町1－2－3

対象疾病の診療でかかられている病院・薬局・訪問看護をご記入ください。（8件まで受給者証に印字可能）
※現在登録している内容に変更がない場合は記入不要です（「なし」にチェック）。

該当する場合のみチェックしてください。（それぞれ確認書類の添付が必要です。）
※「提出書類等一覧②該当する方のみ提出が必要な書類等」をご確認ください。

小児慢性特定疾病要支援者証明事業（登録者証）を希望する場合は「申請する」にチェックを入れてください。

自己負担上限額の特例（※3）	☐重症患者認定　☐高額かつ長期　☐人工呼吸器			
受給(登録)者番号（※4）			小児慢性特定疾病要支援者証明事業（登録者証）の申請（※5）	☐　申請する
受診者本人が対象となる指定難病の医療費助成	有　・　無	指定難病の受給者番号		
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（※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】		

下記〔※6〕を参照
※有効期間内に更新する方は記入不要です。
※空欄の場合は申請日（申請必要書類を保健所で受付けた日）から開始となります。）
※ご記入の日付が、申請日から1か月以上前の場合は**右の理由欄**をご記入ください。
※医療意見書に記載された診断年月日以前の日付をご記入いただいた場合は診断年月日が医療費支給の開始日となります。

上記のとおり申請します。

船橋市長　あて　　申請者氏名　船橋　太郎

上記の申請者と同一の方

※1　新規・更新・変更のいずれかに　　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入。
※3　それぞれ確認書類を添付。　　更新または変更の方のみ記入。
※5　「申請する」場合、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ある。
　書面での証明書の交付は行わない。
※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まで遡って申請することが可能。（ただし遡り期間は原則申請日から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）
　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

事務局使用欄　　灰色の欄は事務局で使用しますので記入不要です。

入力日	／	審査会日	／	決定日	／	認定期間	アクセスキー	有　・　無
所得区分	生保・低Ⅰ（手当　有・無）・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位					R6.10.1～R7.9.30	研究同意	有　・　無
保険者照会	要（ 新規 ・ 被用者低 ・ 国保組合 ）・　不要					照会発送 ☐	手帳所持	身体 ・ 療育 ・ 無

認定結果	現行	国（ 重 ・ 高長 ・ 人呼 ・ 成ホル ・ 按分）・　市	更新	国（ 重 ・ 高長 ・ 人呼 ・ 成ホル ・ 按分）・　市

B

別紙1

世 帯 調 書

区分	氏名	個人番号	続柄	職業	難病・小慢認定の有無
受診者と同一の医療保険に加入している者	船橋　太郎		父	会社員	有
	船橋　花子		姉	―	
	船橋　二郎		弟	―	
受診者と異なる医療保険に加入している者	船橋　雪子		母	会社員	

※世帯員が増えた方および保険変更で基準世帯員が増えた方は、同封の「個人番号に係る調書」をご提出ください。その際は、別紙「個人番号記載時提出書類」をご確認の上、必要書類をご提出ください。

同一医療保険世帯内で指定難病の受給者証又は小児慢性の受給者証をお持ちの方がいる場合、「有」とし、その受給者証のコピーを添付してください。

注1 「受診者と同一の医療保険に加入している者」は，受診者と同一の医療保険に加入している親族について記入してください。
注2 「受診者と異なる医療保険に加入している者」は，受診者と同一の医療保険に加入していない扶養義務者（父・母・祖父母）及び兄弟姉妹がいる場合は記入してください。
注3 「続柄」は受診者本人からみたものを記入してください。
注4 「難病・小慢認定の有無」は，該当する場合は〇を記入し，受

表面の申請者と同一の方

以上のとおり相違ありません
また、本申請書の内容及び本申請書に添付した医療意見書の検査内容等を小児慢性特定疾病児童等の支援のため基　　として利用することについて、同意します。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿