

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

受診者	フリガナ	フナバシ イチロウ		生年月日	
	氏名	船橋 一郎		年齢	3 歳
	個人番号				
	フリガナ	キタホンチョウ		電話 (日中連絡がとりやすいもの)	続柄(母)
	住所	船橋市 北本町1-16-55		090-0000-XXXX	
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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		被保険者証の	123456 03
	所在地				
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				
	フリガナ				
	住所	同上			
疾病名	〇〇〇〇〇症候群				
指定医療機関の設定・変更	<input type="checkbox"/> なし (以下指定医療機関の記入は必 <input checked="" type="checkbox"/> あり (対象疾病の診療で受診希望の指定				
	指定医療機関名		所在地		
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		千葉県千葉市〇〇区××1-2-3		
追加	現在、受給者証に記載されている医療機関に変更がない場合は「なし」 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 変更がある場合は、対象疾病の診療でかかっている病院・薬局をご記入ください。(8件まで記入可能)				
	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。) <input type="checkbox"/> 重症患者認定 → 重症患者認定申告書(医療意見書で該当する症状の状態が確認できない場合は別途確認ができる書類(身体障害者手帳の写し等)も必要です) <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 → 重症患者認定申告書及び自己負担上限額管理票のコピー <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 → 人工呼吸器等装着者証明書(指定医が記載) <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 → 同一医療保険世帯内のご家族の小児慢性受給者証又は指定難病の受給者証等の写し				
自己負担上限額の特例(※3)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例				
受給(登録)者番号(※4)	1234567	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	
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(小児指定疾病医療費の助成)を申請します。					
船橋市長 あて	上記の申請者と同一の方		申請者氏名	船橋 太郎	
R5年 7月 5日					

**【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

- 受診者(児童)が加入する保険の被保険者(原則)
- 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)
- 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)

**【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。

※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入。  
 ※3 それぞれ確認書類を添付。  
 ※4 更新または変更の方のみ記入。

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			R4.10.1~R5.9.30		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	<input type="checkbox"/>	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			

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	○
	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○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として利用することについて、同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_