第１号様式

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		年齢	歳	生年月日	
	氏名				年　月　日	
	個人番号					
	住所	船橋市			電話（日中連絡がとりやすいもの）	続柄（　）
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄	
		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			被保険者証の記号・番号	
申請者（※2）	フリガナ		受診者との関係			
	氏名					
	個人番号					
	住所		電話番号			
疾病名						

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必要ありません。）

☐　あり（対象疾病の診療で受診希望の指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む。）を全て御記入下さい。）

指定医療機関名	所在地

自己負担上限額の特例（※3）	☐重症患者認定　☐高額かつ長期　☐人工呼吸器等装着　☐世帯内按分特例				
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】 ☐　医療意見書の受領に時間を要したため ☐　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 ☐　大規模災害に被災した事等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐　その他 ［　］			

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。　年　月　日

船橋市長　あて　　**申請者氏名**

※1　新規・更新・変更のいずれかに〇をする。
※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。
※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（重症・高長・人呼・按分）・市				更新	国（重症・高長・人呼・按分）・市	

回・保総・③

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					
受診者と異なる医療保険に加入している者					

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，受給者証の写しまたは申請書の写しを添付してください。

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礎資料として利用することについて、同意します。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿