

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					年 月 日		
	個人番号							
	フリガナ				電話			
	住所	〒						
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄		
保険種別		協会・共済・健組・国組 市町村国保・生保・その他	被保険者証の 記号・番号					
被保険者証 発行機関名								
（保 申 護 請 者）	フリガナ				受診者 との続柄			
	氏名							
	個人番号							
	フリガナ				電話番号 （※2）			
住所 （※2）								
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（※3）	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期（※5）				
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定（※4）	<input type="checkbox"/>					
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者					有（氏名） ・ 無			
疾病名								
受診を希望する 指定医療機関 （薬局及び訪問看護事 業者を含む。）	医療機関名			所在地				
受給者番号 （※6）								
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（※7、8）	_____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"/> 症状の悪化等により、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。（※9）								
申請者氏名								
_____年 _____月 _____日								
久留米市保健所長 宛て								

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。また、転入手続についても本様式によるものとしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 別紙1（人工呼吸器等装着証明書）を添付してください。

※4 別紙2（重症患者認定申請書）及び別紙3（小児慢性特定疾病 重症診断書）を添付してください。

※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の疾病の月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある場合に□欄に印をつけてください。

※6 更新又は変更の方のみ記入してください。

※7 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（以下「診断年月日」という。）又は申請日から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）のいずれか遅い日まで遡ることが可能です。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入してください。

※8 更新の方は、記入する必要はありません。

※9 本申請書には、上記のほか、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の9第2項に規定する書類を添付してください。

小児慢性特定疾病の医療費助成申請における  
医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、別紙（第1号様式（第1条の2関係）別紙4）の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

患者署名 \_\_\_\_\_

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名 \_\_\_\_\_

医療費支給認定基準世帯員調書兼同意欄（受診者と同じ医療保険に加入する者）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請（新規・更新・変更）の該当要件を審査するため、税部門に個人番号を利用して市町村民税課税額等を確認することについて同意します。

氏名	患児との続柄	生年月日 (年齢)	難病又は小児慢性特定疾病の該当者(※)	市町村民税課税額	所得額 (市町村民税非課税)
(個人番号)	本人				
(個人番号)					
(個人番号)					
(個人番号)					
(個人番号)					

※ 申請書表面の同一世帯にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者の該当者の欄に○をつけてください。

自己負担額階層区分	
-----------	--