

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

表・裏の太枠内をご記入ください。

| | | | | | | | | | | |
|---|------|--------------------------|--------------------------------|--|---------------------------|--------------------------|----------|-------------------------------|--|--|
| 新規・更新・変更 (該当に○印) | | 受給者番号 (更新・変更の場合に記入) | | | | | | | | |
| 申請者 (保護者) | フリガナ | | | | 受診者との 続柄 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 電話番号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 ー | | | | | | | | |
| 受診者 (対象患者) | フリガナ | | | | 性別 | 生 年 月 日 | | | | |
| | 氏名 | | | | 男・女 | 年 月 日 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 加入保険 | 被保険者氏名 | | | | 被保険者の 受診者との続柄 | | | | |
| | | 保険種別 | | 協会けんぽ・組合・ 共済・国保・国保組合 | | 被保険者証 記号・番号 | | (記号) (番号) | | |
| 被保険者証 発行機関名 | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限月額 の特例 (該当に✓印) | | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着 | | | <input type="checkbox"/> | 高額かつ長期※1 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 世帯内按分特例※2 | | | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定 | | | |
| 今回申請する受診者と同じ世帯(※3)内にいる指定 難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請中 含む) | | | | 有 <input type="checkbox"/> 指定難病 (氏名) ・ 無 <input type="checkbox"/> 小児慢性 | | | | | | |
| 疾病名 | | | | | | | | | | |
| 受給者証への疾病名の記載 (希望しない場合は✓印) | | | <input type="checkbox"/> 希望しない | | こども健康手帳の交付 (希望する場合は✓印) | | | <input type="checkbox"/> 希望する | | |
| <p>私は、支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民記録情報及び市税情報の公簿等を閲覧・利用すること並びに受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意した上、小児慢性特定疾病の支給を申請します。</p> <p>(宛先) 松本市長 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">※4</p> | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|----------|--|--|--|--|---------------------------|-------|--------|--|--|
| 松本市 記入欄 | <input type="checkbox"/> 個人番号等本人記入 確認し受理 <input type="checkbox"/> 個人番号等本人記入 確認し誤りがあったため誤りの補正を求め補正されたものを受理 <input type="checkbox"/> 個人番号のみ未記入 記入事項について本人に十分確認し、了解を得たため担当者が記入 | | | | | | | | | | |
| | 本人 確認 | 番号確認 | | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号付き) 又は住民票記載事項証明書 | | | | | | | |
| | | 身元 確認 | 1つで可 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード(表面) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| | 2つで可 | | <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| | 区分 | | 原則 | 一般・重症・人工呼吸器等 | | | 生保・低I・低II・ 一般I・一般II・上位 | | 松本市受理日 | | |
| | | 既認定 | 一般・重症・人工呼吸器等 | | | | | 年 月 日 | | | |
| 自己負担上限額 | | 円 | | (按分前上限月額 円、按分人数 人) | | | | | | | |

- ※ 適正な支給認定を行うため、審査結果及びその内容を医療意見書を作成した指定医に対して通知する場合があります。
- ※1 小児慢性特定疾病医療支援につき医療費総額が月5万円を超える月が年間6月以上ある場合が該当します。該当する場合は、領収証を添付してください。
- ※2 同一世帯(受診者と同じ医療保険に加入している方)内で他の医療費支給認定(指定難病又は小児慢性特定疾病)を受けている方がいる場合、自己負担上限額は医療費支給認定保護者按分率(当該世帯における最も高い額を当該世帯における合算額で除して得た率)を乗じて得た額となります。
- ※3 受診者と生計を一にする方
- ※4 原則として受診者の医療保険の被保険者(本人)である保護者です。ただし、受診者が被保険者(本人)の場合は、受診者の保護者となります。

医療費支給認定基準世帯員

※受診者が国保に加入している場合は、受診者と同じ医療保険に加入している方全員（住民票が別の方を含む。）を記入してください。受診者が被用者保険に加入している場合は、受診者及び被保険者を記入してください。

| | 氏名 (個人番号) | 受診者との続柄 | 松本市記載欄 | |
|-------|--------------|---------|--------------------|--------------------------|
| | | | 市町村民税（所得割） 課税年額 | 番号確認 |
| 受診者本人 | | 本人 | 円 | <input type="checkbox"/> |
| 世帯員 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 世帯員 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 世帯員 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 世帯員 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 世帯員 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| 合計 | | | 円 | <input type="checkbox"/> |

受診を希望する指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業所）を記入してください。

| 医療機関名 | 所在地 |
|-------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

受診者の住所が申請者（保護者）の住所と異なる場合、記入してください。

| | | |
|-------|---|--|
| 住所 | 〒 | 左記住所への受給者証等の送付を希望する場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 受診者氏名 | | |
| 電話番号 | | |