

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書(新規・更新・変更)

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)							
受診者	ふりがな				生年月日			現在年齢	
	氏名				年 月 日				
	個人番号								
	住所	〒 -							
	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									
申請者※1	ふりがな				受診者との 続柄				
	氏名				電話番号				
	個人番号								
	住所	〒 -							
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※2			
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例※3			<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
今回申請する受診者と同じ世帯(※4)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 <input type="checkbox"/> 小児慢性		(氏名)・無			
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		
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 ※5・※6		【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 ()							
年 月 日									
<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>									

※1 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載する。

※2 小児慢性特定疾病医療支援(支給認定を受けた月以後のものに限る。)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。

※3 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、自己負担上限月額は医療費按分率(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。

※4 受診者と生計を一にする方

※5 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(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)の同じ日まで遡って申請することが可能。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載してください。

※6 更新の場合は、原則記入不要

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	

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 type="checkbox"/>
受診者氏名		
電話番号		

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
	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
本人確認	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()