

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	オキナワ ハナコ		性別	年齢	生年月日	
	氏名	沖縄 花子		男 女	〇歳	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△△ □-□-□ 〇〇アパート101				個人番号	
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄		
	保険種別	健保・国保・共済・国組・船員・生保					
	被保険者証名			被保険者証の記号・番号			

申請者(保護者) (※2)	フリガナ	オキナワ タロウ		受診者との続柄	父
	氏名	沖縄 太郎			
	住所	受診者(対象児童)と保護者の住所が同じ場合は記入不要 異なる場合は記入		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

疾病名	〇〇〇〇病	← 受給者証に記載されている「疾病名」を記入
-----	-------	------------------------

受給者番号(※3)	1234567	← 受給者証の表面上から2段目に記載されている「公費負担医療の受給者番号」を記入
-----------	---------	--

受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む)	医療機関名	医療機	(市町村名)
	薬局	支店名	
	訪問看護		

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

世帯員氏名	年齢	同居・別居 (どちらかに○印)	小児慢性特定疾病又は指定 難病の医療費助成を受けて いる場合は受給者番号	個人番号 (及びその他備考)
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		

自己負担上限額の特 例(該当するものに ☑)	<input type="checkbox"/>	重症患者認定(重症申請書添付)	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着(証明書添付)	<input checked="" type="checkbox"/>	高額かつ長期

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。

申請者(保護者)氏名 **沖縄 太郎**

〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県知事

併せて、月額自己負担上限額管理表等の該当月分の写しを添付して提出

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※3 更新または変更の方のみ

※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載する。

.....ここから下の欄には記入しないで下さい。.....

保健所記入欄

該当する所得区分	生活保護・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位所得・重症(非課税・課税)・人工呼吸等・血友病		
保護者の収入額 (低Ⅰ・低Ⅱの場合)	右の合計額	合計所得金額	円
		障害者手当等の金額	円
		円 特別児童扶養手当等額	円
備考			