

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		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女	歳	年 月 日	
	住所	〒			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				
申（保護者）(※2)	フリガナ				受診者との続柄	
	氏名				電話番号	
	住所					
疾病名						
受給者番号(※3)						
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				所在地(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			
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(重症申告書添付)		<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 type="checkbox"/>	高額かつ長期(重症申告書添付)	
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(※4, 5)	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等により、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。					保健所受理印	
申請者(保護者)氏名						
年 月 日						
沖縄県知事 殿						

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。 ※2 更新または変更の方のみ記入。
 ※3 更新または変更の方のみ記入。
 ※4 更新の場合は、原則記入不要。
 ※5 小児慢性特定疾病の支給開始日は、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(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、申請日にかかわらず、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に記載。

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			