

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		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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			

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 （どちらかに〇印）	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）
沖縄 太郎	40	同居 ・別居	1234567	
		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 checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/>	重症患者認定（重症申請書添付）	<input checked="" 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

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

保健所受理印

対象児童と同一の医療保険世帯員で小児慢性特定疾病医療又は特定医療費（指定難病）の有効な受給者証を所持している方の受給者証の写しを添付して提出

※1 新規・更新・変更のいずれかに〇をする。 ※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・
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
		障害者手当等の金額
		円 特別児童扶養手当等額
備考		