

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	男・女	年齢	歳	生年月日	年	月	日
	氏名						個人番号			
	フリガナ		住所		電話					
	生活保護の受給の状況		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	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・共済・国保・その他（ ）		被保険者証の記号・番号						
被保険者証発行機関名										
<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり										
申請者	フリガナ		生年月日		年	月	日	受診者との関係		
	氏名		個人番号							
	フリガナ		住所		<input type="checkbox"/> 受診者に同じ		電話	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ		
	住所									
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得									
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例				<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者						有(氏名) ・ 無				
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)										
フリガナ		生年月日	年	月	日	個人番号				受診者との続柄
世帯員氏名										
フリガナ		生年月日	年	月	日	個人番号				受診者との続柄
世帯員氏名										
フリガナ		生年月日	年	月	日	個人番号				受診者との続柄
世帯員氏名										
フリガナ		生年月日	年	月	日	個人番号				受診者との続柄
世帯員氏名										
疾病名										
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)	指定医療機関名(薬局、訪問看護事業者等を含む)					所在地・電話番号				
受給者番号(※2)										
<p>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。 なお、この申請で必要な場合は、世帯の住民登録状況、市民税の課税状況等について、京都市が調査・閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 京都市長 申請者氏名 印 (※3)</p>										

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 更新又は変更の方のみ記入。

※3 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。