

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                                      |                                 | 年齢  | 歳   | 生年月日     | 年    | 月                               | 日       |
|   | 氏名  |                                 |   |   | 個人番号     |      |                                 |         |
|   | フリガナ                                      |                                 |   |   | 電話       |      |                                 |         |
|   | 住所  |                                 |   |   |          |      |                                 |         |
| 加入医療保険  | 生活保護の受給の状況                                |                                 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |          |      |                                 |         |
|   | 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（ ）                 | 記号・番号   |   |          |      |                                 |         |
|   | 保険者名                                      |                                 | <input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり             |   |          |      |                                 |         |
| 被保険者の基準年1月1日時点の住所地(※2) <input type="checkbox"/> 京都市 <input type="checkbox"/> 京都市以外（ ）   |   |                                 |   |   |          |      |                                 |         |
| 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                                      |                                 |   |   | 電話       |      | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ |         |
|   | 住所  | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ |   |   |          |      |                                 |         |
| 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<br>(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(※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   |   | 生年月日                            | 年   | 月   | 日        | 個人番号 |                                 | 受診者との続柄 |
| 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   |   | 生年月日                            | 年   | 月   | 日        | 個人番号 |                                 | 受診者との続柄 |
| 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   |   | 生年月日                            | 年   | 月   | 日        | 個人番号 |                                 | 受診者との続柄 |
| 疾病名   |   |                                 |   |   |          |      |                                 |         |
| 受診を希望する指定医療機関<br>(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(※5)   |   |                                 |   |   |          |      |                                 |         |
| 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(※6、7)   | 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】<br><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他【 】 |          |      |                                 |         |
| <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。<br/>                 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<br/>                 (宛先) 京都市長 申請者氏名<br/>                 (記名押印又は自筆)</p> |   |                                 |   |   |          |      |                                 |         |

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。  
 ※2 1月から6月に申請する場合は前年、7月から12月に申請する場合は当年が基準年となる。  
 ※3 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。  
 ※4 受診者と生計を一にするものとする。  
 ※5 更新又は変更の方のみ記入。  
 ※6 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。  
 ※7 更新の場合は、原則記入不要。