

# 記入例

更新に○をしてください。

第1号様式

## 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	キョウト タロウ	年齢	12歳	生年月日	平成23年 5月 5日			
	氏名	京都 太郎		個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
	フリガナ	キョウトシナカキョウクカラスマドホリノイケサガイルヤマチ	生活保護を受給中の場合は、「有」に☑してください。	電話	075-123-4567				
	住所	京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町							
生活保護の受給の状況	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		加入する保険の種別に○をしてください。 ・全国健康保険組合、健康保険組合 ⇒ 「健保」 ・共済組合 ⇒ 「共済」 ・京都市国保、国民健康保険組合 ⇒ 「国保」						
加入医療保険	被保険者氏名	京都 一郎	健康保険証の写しを添付していただくため、ここに☑していただくことで、「発行機関名」「被保険者証の記号・番号」の記載を省略していただけます。						
	保険種別	健保・共済 <input checked="" type="checkbox"/> 国保							
	被保険者証発行機関名								
<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙を添付してください。									
申請者※2	フリガナ	キョウト イチロウ	生年月日	昭和52年 7月 3日			者との係	父	
	氏名	京都 一郎	個人番号	7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6					
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ		申請日時時点で受診者が18歳以上の場合、受診者御本人が申請者です。	電話	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ			
該当する所得区分	所得区分は、記入不要です。		低所得Ⅱ	一般	世帯内按分特例の対象者がおられる場合は、「有」に○をし、その方の氏名を記入してください。				
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例の対象者がおられる場合は、「有」に○をし、その方の氏名を記入してください。				
今回申請する受診者と同じ世帯内（※3）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	<input checked="" type="checkbox"/> 有（氏名 京都 花子）		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	キョウト ハナコ	生年月日	昭和52年 7月 3日	個人番号	7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6		受診者との続柄	母	
世帯員氏名	京都 花子								
フリガナ								受診者との続柄	
世帯員氏名								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									
疾病名	1型糖尿病								
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					
	<input checked="" type="checkbox"/> × 病院 <input checked="" type="checkbox"/> △△ 薬局	受診を希望する指定医療機関を記入してください。（指定を受けていない医療機関を受診する場合は、医療費の助成が受けられません。）			<input checked="" type="checkbox"/> 町1-1 <input checked="" type="checkbox"/> 町2-2				
受給者番号（※4）	1234567								
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（※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【 】						
更新申請の場合、支給開始日は一律令和6年4月1日となるため、記入不要です。									
申請者氏名	京都 一郎								

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 受診者と生計を一にするものとする。

※4 更新又は変更の方のみ記入。

※5 支給開始日は、指定医が「疾病の経過」を踏まえて判断し、申請書に記載された診察年月日等、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に記載。

※6 更新の場合は、原則記入不要。

「医療意見書の研究利用についての同意書」も記入してください。（同意しない場合は記入不要です。）

日