

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)

フリガナ	キョウト タロウ	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カラスマドリイキ トヤマチ	加入する保険の種別に○をしてください。 ・全国健康保険協会、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」	4567
住所	京都市中京区烏丸通御下る虎屋町566	生活保護の受給の状況	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
加入医療保険	被保険者氏名 京都 一郎 保険種別 健保・共済・国保・その他 () 被保険者証発行機関名 OO健康保険組合 △△支部 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 ()	受診者との続柄 父 被保険者証の記号・番号 123 4567 <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 キョウト イチロウ 氏名 京都 一郎 原則、申請者は同一保険の保護者(社会保険の場合は被保険者)です。 健康保険証等の写しを添付される場合は、こちらに○していただくことで、「被保険者証発行機関名」、「被保険者証の記号・番号」の記載を省略していただけます。 申請日時点で受診者が18歳以上の場合、受診者御本人が申請者です。	受診者 父 令和6年1月1日時点で被保険者の住所地が京都市内以外にある場合には、令和6年1月1日時点で住民票があった住所を記載してください。	
該当する所得区分	所得区分は、記入不要です。	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 checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例		
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 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 世帯員氏名 京都 花子 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	○加入保険が健保、共済、生保の場合は、記入不要です。 ○加入保険が、市国保又は国民健康保険組合の場合は、受診者と申請者以外の同一医療保険加入世帯員を記入してください。	
フリガナ		生年月日	年 月 日
世帯員氏名		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
世帯員氏名		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
世帯員氏名		個人番号	
受給者番号(※5)	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(※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】 <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7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 (記号押印又は自筆)	申請者氏名を忘れずに記入してください。	

※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。

※4 受診者と生計を

※5 更新又は変更の

※6 支給開始日は、

※7 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。)

基準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。