

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書 (新規・更新・変更)※1				
受診者	フリガナ			生年月日
	氏名			
	個人番号	疾病名		
	住所			
申請者※2	氏名	受診者との続柄		
	個人番号	電話番号		
	住所			
加 入 ※ 医 療 保 険	被保険者氏名	受診者との続柄		
	保険者名	被保険者等 記号・番号		
	保険種別	1協会 2組合 3日雇 4船員 5共済 6国保 7生保 8その他()		
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	
自己負担上限額の 特定(該当するもの にシ点)	<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
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		所 在 地	
受給者番号※4			宛名コード※5	
登録者証申請	申請する ・ 申請しない			
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適切と考えられる年月日(※6, 7)	開始日 年 月 日 (診断日 年 月 日)	【左記の欄の開始日が申請日から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 []		
<p>上記のとおり小児慢性特定疾病医療の給付を申請します。</p> <p>また、支給認定に係る利用者負担額算出のため、世帯員の課税状況を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>豊橋市保健所長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>				

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をつけてください。
 ※2 受診者本人の場合は「受診者との続柄」欄に本人と記載してください。
 ※3 受診者と同じ医療保険に加入する者がいる場合は、裏面に記入してください。
 ※4 更新又は変更の方のみ記入してください
 ※5 保健所職員が記入します。
 ※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切と考えられる年月日を記載してください。
 ※7 更新の場合は、記入不要です。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

豊橋市保健所 記入欄 調査日 令和 年 月 日

所得確認方法	市町村民税課税台帳 市町村民税(非)課税証明書 その他収入を証明する書類()		
所得確認対象者	(氏名)	均等割・所得割・収入額	円
所得確認対象者	(氏名)	均等割・所得割・収入額	円
所得確認対象者	(氏名)	均等割・所得割・収入額	円
所得区分	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位所得	高額療養費 所得区分	上位(ア・イ) 一般(ウ・エ) 低所(オ)
備考			調査員

