

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

☐ 新規（転入） ☐ 更新

受 診 者	フリガナ			受給者番号 (既に番号のある方のみ)				
	氏 名			年齢	生年月日			
				歳	年 月 日			
	現住所	郵便番号	広島市 区					
	旧住所	都・道 市・区 ※ 1 月 1 日時点（1～6 月申請分は前年、7～12 月申請分 府・県 町・村 は本年）の住所地が現住所と異なる場合のみ記入						
	受診者の 加入する 医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄		
	保 險 種 別	☐ 国民健康保険（広島市国保） ☐ 国民健康保険組合 ☐ 被用者保険（全国健康保険協会、組合、共済）						
	保 險 者 名				記号・番号			
疾病名								
自己負担 上限額の特例		☐ 重症患者認定 ☐ 高額かつ長期（新規の場合は無し） ☐ 人工呼吸器等装着 ☐ 世帯内按分特例						
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				
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	年 月 日			①又は②のいずれか遅い日を記入 ① 医療意見書の「診断年月日」 ② 小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請日から原則 1 か月(指定医が診断書の作成に 期間を要した等理由がある場合は最長 3 か月)前の日				
	※ 上記年月日が申請日から 1 か月以上前の年月日となる場合のみ記入							
	☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他（ ）							

※申請疾病以外の治療（風邪など）は原則給付対象外です。

広島市長様		年 月 日			
私は、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。 申請受付後、自己負担額の決定にあたって、私又は私が属する世帯の世帯員の市民税の課税額等、生活保護の受給状況、医療保険加入状況及び住民票を、広島市が所有する個人情報により調査・確認されること、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。 また、小児慢性特定疾病医療費の給付を受けるにあたり必要がある時は、私（または受診者）の医療保険上の区分につき、広島市が私（または受診者）の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。 また、広島市から支援施策等の情報提供や保健指導を受けることに同意します。 なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。 なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。					
申請者	フリガナ		受診者との続柄	日中連絡の取れる電話番号	
	氏 名			() - ☐ 自宅 ☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ その他 ()	
現住所	申請者の現住所が受診者と異なる場合は右欄へ記入してください。	〒	—		
旧住所	都・道 市・区 ※ 1 月 1 日時点（1～6 月申請分は前年、7～12 月申請分 府・県 町・村 は本年）の住所地が現住所と異なる場合のみ記入				

事務 使用 欄	区担当課受付印	承認の可否	☐ 承認 ☐ 不承認	承認期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
		階層区分	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ 血			受給者番号		
		自己負担上 限額の特例	☐ 重症患者認定 ☐ 高額かつ長期 ☐ 人工呼吸器等装着 ☐ 世帯内按分特例					

(裏)

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

○広島市国保・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員
○それ以外の保険の方：①被保険者
②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（該当者がいる場合のみ）
を記載してください。なお、受診者については記載不要です。

カナ 氏 名	続柄	生年月日	住所 ※受診者と異なる場合に記載	難病・小慢 認定の有無	左欄で受診者以外に難病又は小慢 にチェックがある場合にのみ記入
			旧住所 ※1月1日時点(1～6月申請分は前年、7～12月申請分は 本年)の住所地が現住所と異なる場合にのみ記入		受給者番号 ※新規申請中の場合は申請日を記入
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号
カナ 氏名		T・S・H・R	住所 旧住所 市・区 町・村	☐ 無 ☐ 難病 ☐ 小慢	受給者番号

注1「続柄」は受診者本人からみたものを記入してください。
注2「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。

＜小児慢性特定疾病医療費助成制度における「世帯」の考え方＞

この制度における「世帯」は、住民票によらず、同じ医療保険に加入している場合は「同一世帯」とみなします。

