

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 <small>(既に番号のある方のみ)</small>							
	氏名			性別	年齢	生年月日					
				男・女	歳	年	月	日			
	現住所	郵便番号		広島市 区							
	旧住所	都・道 府・県		市・区 町・村		※1月1日時点(1~6月申請分は前年、7~12月申請分は本年)の住所が現住所と異なる場合のみ記入					
加入する医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(広島市国保)		<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合		<input type="checkbox"/> 被用者保険(全国健康保険協会、組合、共済)					
	被保険者証発行機関名					被保険者証の記号・番号					
疾病名											
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(新規の場合は無し) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例										
受診を希望する指定医療機関 <small>(薬局、訪問看護事業者等を含む)</small> ※欄が足りないときは任意様式にて提出してください。	医療機関名	所在地			医療機関名	所在地					

※申請疾病に関する治療を受ける医療機関のみ記載してください。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または生活保護の受給状況を市民税課税資料等で調査・確認されることについて同意します。
 また、私が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認されることについて同意します。
 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、広島市から小児慢性特定疾病患者支援のための講演会の開催等に関する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				() - () <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 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 府・県		市・区 町・村		※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	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		承認期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
		階層区分	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> 血			受給者番号	
		自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 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（お子さん）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（お子さん）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（お子さん）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	市・区 町・村		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		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	受給者番号
			旧住所	市・区 町・村		
カナ 氏名		T・S・H・R	住所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	受給者番号
			旧住所	市・区 町・村		
カナ 氏名		T・S・H・R	住所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	受給者番号
			旧住所	市・区 町・村		
カナ 氏名		T・S・H・R	住所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	受給者番号
			旧住所	市・区 町・村		
カナ 氏名		T・S・H・R	住所		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	受給者番号
			旧住所	市・区 町・村		

注1 「続柄」は児童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。

【添付書類】

- 医療意見書 健康保険証の写し 個人番号に係る調書 市町村民税が確認できる書類（国保組合加入世帯、被用者保険・非課税世帯のみ）
- 市町村民税非課税世帯の収入申告書 重症患者認定申請書 医療費申告書 人工呼吸器等装着者申請書
- ご家族の難病・小児慢性特定疾病受給者証の写し

<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。

