

「堺市小児慢性特定疾病医療受給者証」の 様式および指定医療機関名欄の記載を変更しています。

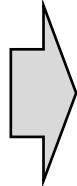
令和5年4月から堺市小児慢性特定疾病医療受給者証（以下、「受給者証」といいます。）の様式及び指定医療機関名欄の記載内容を変更しています。

【令和5年3月まで】（白色）

【令和5年4月から】（ラベンダー色）

様式第5号

小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担者番号	受給者番号		
フリガナ	生年月日		
氏名	年 月 日		
住所			
保険者			
被保険者証の記号及び番号	通用区分		
主疾病			
その他			
フリガナ	続柄		
氏名			
住所			
所在地	所在地	所在地	所在地
所在地	所在地	所在地	所在地
所在地	所在地	所在地	所在地
所在地	所在地	所在地	所在地
この証に記載がない指定医療機関でも使用できます。			
自己負担上限額	階層区分		
入院時食事療養費	高額かつ長期		
人工呼吸器等装着	重症患者認定		
受給者と同に当事業内にある指定医療機関又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	
上記のとおり認定する。			
年 月 日			堺市長 印



堺市小児慢性特定疾病医療受給者証			
公費負担者番号			
受給者番号			
住所			
フリガナ	生年月日		
氏名			
保険者			
被保険者証の記号及び番号	通用区分		
疾病名			
成長ホルモン治療			
自己負担上限月額	階層区分		
食事療養費負担			
有効期間			

指定医療機関名	児童福祉法に基づく指定医療機関 (病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション) であれば、この受給者証を使用できます。 ※左欄の疾病名に係る医療に限る			
負担	人工呼吸器等装着	重症患者認定	高額かつ長期	同一世帯内 按分対象者
保護者	氏名	続柄		
	住所			
備考	上記のとおり認定します。			
	年 月 日	堺市長	印	

個別の医療機関名称は記載されません。

受診する医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）が「指定小児慢性特定疾病医療機関」であれば、ご使用いただけます。
受診する指定医療機関の変更・追加の申請は不要です。

- ◆ 「指定小児慢性特定疾病医療機関」については、医療機関の所在地を管轄する都道府県、指定都市、中核市のホームページ等をご確認いただくか、医療機関に直接ご確認ください。
- ◆ 受給者証が使用できるのは、認定された疾病及びその疾病に付随する傷病について、指定医療機関で受ける保険診療（入院、通院、調剤、訪問看護等）のみです。

《お願い》

- 受給者証の記載事項（氏名、住所、加入している医療保険等）に変更がある時は、速やかにお住まいの区の保健センターで変更の手続きを行ってください。
- 継続申請に関する連絡・案内はいたしませんので、有効期間終了後も引き続き医療費助成を希望する場合は、必ず有効期間内に継続申請手続きを行ってください。有効期間が過ぎると新規申請となり、申請日以降の医療費が助成対象となります。また、18歳以上の方は新規申請ができず、20歳までの受給ができなくなりますので、特にご注意ください。

（お問い合わせ先）

堺市保健所 保健医療課 指定難病係
TEL 072-228-7582（直通）