

堺市小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届兼変更申請書

年 月 日

堺市長様

次のとおり届出・申請します。

また、堺市において、本申請に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報と個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

受診者氏名	(ふりがな)	受給者番号													
生年月日	年 月 日 ( ) 歳	個人番号													
申請者	受診者が18歳以上の場合、右のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として本件を申請します。※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。※受診者本人による申請が難しく、家族等が申請する場合は申請者欄の以下の項目への記入が必要です。													
	住所 〒( - )	受診者 との続柄	(自宅電話) (携帯電話)												
	氏名	個人番号													

変更となった項目番号に○を付け、変更内容をご記入ください。  
 変更の内容によっては、別途書類の提出をお願いする場合があります。

1	受診者氏名	新	ふりがな	保護者	ふりがな
2	受診者住所	新	〒( - )	(自宅電話) (携帯電話)	
3	疾病の追加・変更	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 (変更前) (変更後)		【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"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
	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	※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(診断日)又は申請日から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(同じ日がない場合はその月の末日)のいずれか遅い方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。		
4	加入保険	※同じ保険に加入している者に変更があった場合は、裏面「支給認定基準世帯員」の表に、変更後の世帯員全員をご記入ください			
		1 被用者保険(協会けんぽ・健保組合・共済) [ 被保険者等・家族 ]	被保険者証	記号	
		2 国民健康保険《市町村国保》[ 世帯主・家族 ]	記号・番号	番号	
		3 国民健康保険組合《業種別国保》[ 組合員等・家族 ]	保険者名		
		4 後期高齢者医療	保険者番号		
5	階層区分	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者の変更 <input type="checkbox"/> 同一保険の世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 市町村民税額等の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重症認定該当 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期該当 <input type="checkbox"/> 支給認定世帯内按分該当 支給認定世帯内按分該当者 (小児慢性特定疾病・指定難病) 氏名: _____ 受給者番号: _____			
		5 生活保護			
		資格取得年月日 年 月 日			

個人番号確認書類	個人番号カード・通知カード・住民票・住民票記載事項証明書・住基端末・その他( )				
本人確認書類①	個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・在留カード・特別永住者証明書・その他官公署発行書類及びこれに類する書類で写真表示・氏名・生年月日又は住所の記載があるもの( )				
本人確認書類② ※2つ以上	健康保険証・年金手帳・児童手当証書・特別児童扶養手当証書・小慢受給者証・その他官公署または個人番号事務実施者発行書類及びこれに類する書類で氏名・生年月日又は住所の記載があるもの( )				
代理権確認書類	委任状・保険証・その他( )		代理人氏名		
保健医療課 記載欄	有効期間	～		保健センター受付欄	保健医療課受付欄
	階層区分	適用区分		(受付者: )	(受付者: )
備考欄					

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） ※変更があった場合にご記入ください。

※住民票上の世帯全員分について記載してください。

(個人番号は被用者保険の場合受診者と同じ医療保険に加入する被保険者本人のみ、市町村・業種別国民健康保険は加入者全員分を記載)

(生活保護世帯で健康保険未加入の場合は受診者・申請者以外の方の個人番号の記載は不要です)

	受診者と同一の健康保険に加入の方は○を記入	世帯員氏名	続柄	加入医療保険	市町村民税非課税世帯で、他に収入(年金等・手当等)(※)がある方は、受給額をご記入ください。
		生年月日(年齢)			
		個人番号			
受診者と同じ住民票の全世帯員	○	(受診者氏名)	本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> </ul>	(年額) 円
		年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
		年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
		年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
		年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
		年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
医療保険に加入する者 住民票世帯外で同じ	○	年 月 日( 歳)	本人の	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市国保</li> <li>・国保組合</li> <li>・社保(本人)</li> <li>・社保(家族)</li> <li>・後期高齢</li> </ul>	(年額) 円
	(住所) 〒				
収入に 係る欄	<p>市町村民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>医療費支給認定保護者等には、年金・手当等(※)の収入はありません。</p> <p><input type="checkbox"/>年金証書等年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が低所得Ⅱ(年収80万円以上)となることを了承します。</p> <p>※年金等とは …障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等</p> <p>手当等とは …特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、福祉手当</p>				
	<p><b>医療意見書の研究利用について</b></p> <p>※別添「小児慢性特定疾病に係る医療支給認定申請における医療意見書の研究利用について」をご確認の上、同意される場合は以下に署名してください。</p>				
<p>厚生労働大臣 殿</p> <p>私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。</p> <p>※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、代理人氏名も記載してください。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>					
受診者氏名 _____		代理人氏名 _____			