

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書		1枚目	堺市
堺市長様 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 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) ()	申請日 年 月 日
	生年月日	年 月 日	年齢 歳
	個人番号		
	住所	〒 - 電話番号 自宅 () - / 携帯 () -	
	加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄
	保険種別	被用者保険/市国保/業種別国保/後期高齢者医療/生活保護 本人/家族	
	被保険者証の記号・番号	記号	番号
		枝番	保険者番号
申請者	受診者が18歳以上の場合、右のいずれかに☑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：〒 -		
	(ふりがな) ()	氏名	個人番号
※申請者は裏面2の優先順位で決定しますので必ずご確認ください。 続柄：() 電話番号 自宅 () - / 携帯 () -			
疾病名			
自己負担上限額に関する特別(裏面参照)	該当する場合、該当項目に☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 重症申請 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 世帯内あん分	
同一保険の加入者で指定難病(本人含む)又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者、もしくは申請中の者	有・無	小児慢性特定疾病・指定難病	氏名 () 受給者番号 () 氏名 () 受給者番号 ()
受給者番号(継続申請の場合のみ)			転入の場合 転入元 () 転入日 年 月 日
受診医療機関	名称	所在地	
	名称	所在地	
受給者証の受取方法		郵送・保健センター窓口	
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※ (新規申請のみ記入)	年 月 日	【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 ()	
※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。			

申請にあたっては、裏面の注意事項をよくお読みください。

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
保健センター受付欄			備考欄
	(受付者：)	(受付者：)	

～～交付申請にあたっての注意事項～～

1 受診者について

- ・受診者欄は、医療の支給を受ける児童等について記載してください。
- ・氏名のふりがなを必ず記載してください。
- ・年齢は、申請時点の年齢を記載してください。
- ・保険種別は、該当の種類を○で囲んでください。
- ・個人番号は通知カードもしくは住民票(個人番号記載のもの)にてご確認ください。

2 申請者欄について

- ・申請者欄は、受診者が18歳未満の場合以下の優先順位で決定されますので、その方のお名前等を記載してください。(18歳以上の場合は原則本人です)
 - ① 児童等が加入している医療保険の被保険者
 - ② 児童等を現に監護している者(①に該当する父又は母の一方が単身赴任等により別居している場合等)
 - ③ 収入の高い者
- ・個人番号の記載にあたり、手続き時に窓口で申請者の個人番号が確認できる書類(個人番号カード・通知カード等)と本人確認書類(個人番号カード・運転免許証等)が必要になりますので、ご持参くださいますようお願いいたします。

3 自己負担上限額に関する特例について

- ・それぞれの要件に当てはまる方は、自己負担額が減額される場合があります。
- ・該当の特例の種類に☑をしてください。なお、下記のとおり別途書類が必要になります。
 - 「重症申請」…《重症認定基準を満たしている方》
 - ◎「小児慢性特定疾病医療意見書 別紙」中の「重症患者認定意見書」の部分について、指定医に記載していただき、提出してください。
 - 「人工呼吸器等装着」…《対象疾病が起因となり、継続して常時、人工呼吸器または体外式補助人工心臓等を使用している方》
 - ◎「小児慢性特定疾病医療意見書 別紙」中の「人工呼吸器等装着者証明書」の部分について、指定医に記載していただき、提出してください。
 - 「高額かつ長期」…《小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けてからの医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年6回以上ある方》
 - ◎別途交付する自己負担上限額管理票等を提出してください。
 - 「世帯内あん分」…《医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は指定難病(「難病の患者に対する医療等に関する法律」によるもの)の認定受給者がいる方》
 - ◎該当する他の受給者の受給者証の写しまたは申請書の写しを添付してください。

4 転入欄について

- ・転入欄は、本事業を実施している他の都道府県、政令市又は中核市から堺市に転入され、堺市においても、小児慢性特定疾病医療費支給申請をする場合に、転入元の自治体名と堺市に転入した日を記載してください。
- ・転入前の自治体により交付された医療受給者証の写しを添付してください。

5 医療機関名について

- ・小児慢性特定疾病の医療で利用している医療機関名(病院・診療所・訪問看護ステーション・薬局)を記載してください。
- ・受診可能な医療機関は、都道府県(政令・中核市)のホームページで公表されている指定小児慢性特定疾病医療機関です。

6 受給者証の受取方法について

- ・いずれかの方法に○を付けてください。記載がない場合は、申請者の自宅へ郵送させていただきます。

7 添付書類について

- ・この申請書の提出に必要な添付書類については、堺市ホームページをご確認のうえ、ご用意ください。

- ◆ その他ご不明の点は、お住まいの区の保健センターまたは下記までお問合せください。

《問合せ先》

堺市 保健所 保健医療課 指定難病係
住所：〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号
電話：072-228-7582(直通)
FAX：072-222-1406

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 2枚目 (支給認定基準世帯員)

※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"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) 	(年額 円)
		年 月 日 (歳)			
		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)	
					年 月 日 (歳)
		本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)	
					年 月 日 (歳)
	本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)		
				年 月 日 (歳)	
	本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)		
				年 月 日 (歳)	
	本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)		
				年 月 日 (歳)	
医療保険に加入しない者	○	(住所) 〒	本人の	<ul style="list-style-type: none"> ・市国保 ・国保組合 ・社保(本人) ・社保(家族) ・後期高齢 	(年額 円)
		年 月 日 (歳)			
収入に係る申し立て欄	<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>医療意見書の研究利用について</p> <p>※別添「小児慢性特定疾病に係る医療費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>					
<p>受診者氏名 _____ 代理人氏名※ _____</p>					