

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                        |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|----|--|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------|-------|--|--|--|--|---------|--|
| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書／小児慢性特定疾病登録者証申請書 1枚目 堺市                                                                                                                                                                |                                                                                                        |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
| 堺市長 殿                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
| 次のとおり、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を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<br>診<br>者<br>／<br>要<br>支<br>援<br>者                                                                                                                                                                         | （ふりがな）<br>氏 名                                                                                          | （ ）                           |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  | 申請日                             |         | 年 月 日 |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 生年月日                                                                                                   | 年 月 日                         |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  | 年 齢                             |         | 歳     |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 個人番号                                                                                                   |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 住 所                                                                                                    | 〒 ー<br>電話番号 自宅（ ） ー / 携帯（ ） ー |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 加入医療<br>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 |  |
| 記号・番号                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                        | 記号                            |  |                                                                                                                                             |  |                                |  | 番号 |  |         |                                                                                                                                  | 枝番                              |         | 保険者番号 |  |  |  |  |         |  |
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                  | 受診者（要支援者）が18歳以上の場合、右のいずれかに当ててください。                                                                     |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         | □受診者（要支援者）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。<br>□下記の者を申請者として、本件を委任します。※受診者（要支援者）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：〒 ー<br>（ふりがな）（ ）<br>氏名 ー 個人番号 ー<br>※申請者は裏面2の優先順位で決定しますので必ず御確認ください。<br>続柄：（ ） 電話番号 自宅（ ） ー / 携帯（ ） ー |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 疾病名 ー                                                                                                  |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |
| 自己負担上限額に関する特例（裏面参照）                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        | 該当する場合、該当項目に☑をつけてください。        |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  | □重症申請 □人工呼吸器等装着 □高額かつ長期 □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（ ）<br>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              |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  | 登録者証の交付 |                                                                                                                                  | □ 申請する □ 申請しない                  |         |       |  |  |  |  |         |  |
| 支給開始日の遡り                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                        | □ 希望する □ 希望しない                |  | 【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】<br>□ 医療意見書の受領に時間を要したため<br>□ 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<br>□ 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<br>□ 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※（新規申請のみ記入）                                                                                                                                                                 |                                                                                                        | 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（診断年月日）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です。ただし、診断年月日や遡り可能な期間を考慮して決定されますので、記載した日付とならない場合もあります。なお、遡りを希望しない場合、支給開始日は申請日となります。 |                                                                                                        |                               |  |                                                                                                                                             |  |                                |  |    |  |         |                                                                                                                                  |                                 |         |       |  |  |  |  |         |  |

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・住民票記載事項更正明書・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<br>※2つ以上 | 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・その他（ ）                                                                             |             | 代理人氏名   |
| 保健センター受付欄        | （受付者： ）                                                                                | 保健医療連携支援受付欄 | （受付者： ） |
|                  |                                                                                        |             | 備考欄     |

## ～～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／要支援者欄は、医療の支給等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。
- ・個人番号はマイナンバーカードもしくは住民票(個人番号記載のもの)等にて御確認ください。

### 2 申請者欄について

- ・申請者欄は、受診者（要支援者）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(マイナンバーカード・通知カード等)と本人確認書類(マイナンバーカード・運転免許証等)が必要になりますので、御持参ください。様お願いいたします。

### 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 登録者証の交付について

- ・「申請する」を選択した場合、市がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による被災者台帳等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

### 8 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御確認の上、御用意ください。

- ◆ その他御不明の点は、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 保健医療業務課 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

※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、受給額を御記入ください。 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|--|
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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                                                           | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)          | (年額 円)                                         |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 ( 歳 ) |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 ( 歳 ) | 本人の                                                          | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢 | (年額 円)                                         |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 ( 歳 ) | 本人の                                                          | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢 | (年額 円)                                         |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 ( 歳 ) | 本人の                                                          | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢 | (年額 円)                                         |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             | 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 本人の         | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢                 | (年額 円)                                       |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             | 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 本人の         | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢                 | (年額 円)                                       |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
| 住民票世帯外で同じ医療保険に加入する者                                                                         | ○                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日 ( 歳 ) | 本人の                                                          | ・市国保<br>・国保組合<br>・社保(本人)<br>・社保(家族)<br>・後期高齢 | (年額 円)                                         |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |
| 収入に係る申し立て欄                                                                                  | (住所) 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                                              |                                                |  |
|                                                                                             | 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。<br><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。<br><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。<br>※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<br>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 |             |                                                              |                                              |                                                |  |
| 医療意見書情報の研究等への利用について                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない |                                              |                                                |  |
| ※別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意書」をお読みいただき、趣旨を御理解の上、同意する場合は別紙に署名してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                                              |                                                |  |