

～～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、御持参くださいませ願いたします。

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 小児慢性特定疾病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	<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)				
			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)	
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>					
	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			
<p>※別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成・小児慢性特定疾病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。</p>						