

受給者番号							疾患群

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書（新規・変更）

（宛先）奈良市長 令和 年 月 日

私は、下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受診者	フリガナ						年齢	歳	生年月日		
	氏名								平成	年	月
	住所	〒					フリガナ				
加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄	本人・家族	被保険者証の記号・番号			
	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保 国保退職・国保組合・その他・生保				被保険者証発行機関名					
申請者	申請者について	原則 受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者 受診者が18歳未満の場合、保護者（受診者本人が加入している医療保険の被保険者等）が申請者									
	フリガナ						受診者との関係	本人・父・母・その他（ ）			
	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ					電話	申請者	（ ） —		
								日中連絡先	（ ） —		
住所	〒					フリガナ					
	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ										
送付先	氏名					住所	〒				
※申請者住所以外に受給者証等の送付を希望する場合記入											
疾病名											
特例 （該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/>	血友病	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者			
指定難病受給者認定 ※受給者証のコピーの添付が必要です。	有 ・ 無				受給者番号						
すこやか手帳の交付	希望する ・ 希望しない										
小児慢性特定疾病登録者証利用申請	「申請する」を選択した場合、市区町村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避難行動要支援者名簿等の作成において登録者情報を確認することがあります。										
	申請する ・ 申請しない										
小児慢性特定疾病に係る医療費の支給開始年月日について	小児慢性特定疾病医療費の支給認定日について、遡って申請しますか。 ※保健所受理日から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）の同じ日まで遡って申請することができます。診断年月日より前に遡って申請することはできません。										
	<input type="checkbox"/> 申請しない → 支給開始日は保健所受理日からとなります。										
	<input type="checkbox"/> 申請する → 支給開始日は下記にご記入いただく日からとなります。 令和 年 月 日 から 診断年月日以降かつ保健所受理日から3か月以内に限る。										
上記の欄が申請日から1か月前の年月日となっている場合、理由についてご記入ください。											
<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											整理欄
（ ）											

裏面もご確認ください。

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の研究等への利用についての同意 ※同意する場合のみ記入	厚生労働大臣 殿 私は、別紙1の「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の同意について」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請にあたり、提出した医療意見書が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____
	患者署名 _____ ※申請者が患者本人の場合記入 ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わり代理人が申請する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名ください。
	代理人署名 _____ ※申請者が患者以外の場合記入
	小児慢性特定疾病医療意見書を記載した指定医療機関名 _____ 所在地 _____

### 世帯調書

- 受診者を除く住民票上の世帯全員について記載してください。  
※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。
- 生活保護受給者の方も記入してください。
- 指定難病または小児慢性特定疾病の受給者が世帯内にいる場合、その方の受給者証のコピーを添付してください。

世帯員氏名	生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合○	加入医療保険種別 (被保険者・被扶養者の別)	指定難病・小児慢性特定疾病受給者認定の有無 (受給者番号)
1	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)
2	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)
3	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)
4	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)
5	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)
6	M・T・S・H・R ・			協会健保・健保組合・共済 国保・国保退職・後期高齢 国保組合・その他・生保  (被保険者 ・ 被扶養者)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病  (受給者番号 _____)

○受診者本人の属する保険の世帯の市町村民税が非課税である場合、該当するものにしてください。

申請者(※)の収入に関する申立欄		(※) 受診者が18歳以上の場合、受診者本人の収入
保険の世帯の市町村民税が非課税である場合	<input type="checkbox"/> 下記の年金・手当等を受給していません。	
	<input type="checkbox"/> 下記の年金・手当等を受給しているため、それを証明する書類を提出します。	
	<input type="checkbox"/> 下記の年金・手当等を受給していますが、それを証明する書類を(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。	
【対象となる年金・手当等】 特別児童扶養手当、障害児福祉手当、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金、労災等による障害補償給付、特別障害者手当、経過の福祉手当 等		

○受診者本人(18歳以上の成人患者に限る)による申請が難しく、代理人が申請を行う場合は、記入してください。

### 委任欄

委任者(受診者) 氏名 \_\_\_\_\_

私は下記の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に関する権限を委任します。

代理人(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

代理人(申請者) 氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_

○申請者と窓口申請に来る方が異なる場合は、記入してください。

### 申請書類等提出委任申出欄

委任者(申請者) 氏名 \_\_\_\_\_

私は下記の引受人を通じて、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書類等を提出いたしたく、申し出ます。

引受人(窓口申請に来る方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 委任者との関係 \_\_\_\_\_