

第1号様式（第2条関係）

（表面）

※令和6年3月31日までの受給者証から変更がある場合は、更新申請が承認となった場合、令和6年4月1日からの受給者証に変更を反映します。令和6年3月31日までの受給者証に変更の反映が必要である場合、別途変更申請が必要です。

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（令和5年度更新）

（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	日		
	住所	〒								令和					
		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、受診者本人が加入している医療保険の被保険者が申請者													
	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						
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ							日中連絡先	本人・父・母・その他（ ）					
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							成長ホルモン治療	有 ・ 無							
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										
小児慢性特定疾病に係る医療費助成における医療意見書の研究等への利用についての同意	小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請にあたり、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か。 ※同意についてのお願いを「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について」に記載しておりますので、趣旨をご理解のうえ、下記の欄に○をつけてください。						保健所受付印								
	同意する ・ 同意しない														
すこやか手帳の交付	希望する ・ 希望しない														
小児慢性特定疾病医療意見書を記載した指定医療機関名 受給者証にはこちらにご記入いただいた医療機関のみが記載されます。 受給者証に記載されていない医療機関であっても、指定の医療機関であればどちらでもお使いいただけます。	所在地						整理欄								

裏面もご確認ください。

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)
7	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の場合、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の場合	<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歳以上の成年患者に限る)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	_____
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 _____