第１号様式（第２条関係）　　（表面）

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　（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・令和　年　月　日
	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	□ 受診者と同じ	電話	申請者	（　　）　―
				日中連絡先	（　　）　― 本人・父・母・その他（　　）
	住所	〒　－ フリガナ □ 受診者と同じ			

送付先 ※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	氏名		住所	〒　－

疾病名		成長ホルモン治療	有　・　無

特例（該当の場合☑）	□	血友病	□	重症患者認定	□	高額かつ長期	□ 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。 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

受診を希望する指定医療機関（訪問看護事業所及び薬局を含む。）	①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。 医療意見書を記載した指定医療機関を必ず記載してください。 ②利用する調剤薬局を記載してください。 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護用の申請書と指定医の指示書のコピーの提出が必要です。	保健所受付印

指定医療機関等（医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名）	所在地	整理欄

裏面もご確認ください。

○受診を希望する医療機関等について、表面の枠が足りない場合は、下記にお書きください。

指　定　医　療　機　関　等 （医療機関・訪問看護事業所・調剤薬局名）	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）	□　無 □　指定難病 □　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）	□　無 □　指定難病 □　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）	□　無 □　指定難病 □　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）	□　無 □　指定難病 □　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）	□　無 □　指定難病 □　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）	□　無 □　指定難病 □　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	□	下記の年金・手当等を受給していません。
	□	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。
	□	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、経過的福祉手当　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　委任者との関係 ＿＿＿＿＿＿

○申請者と窓口に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（窓口に申請に来る方）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　委任者との関係 ＿＿＿＿＿＿

○小児慢性特定疾病医療費支給認定　個人番号記載欄（新規・変更）

１．受診者

1	ふりがな		生年月日	年　月　日
	受診者氏名		受給者番号	
	個人番号			

２．申請者（受診者が１８歳以上の場合、記入不要）

2	ふりがな		受診者との続柄	
	申請者氏名			
	個人番号			

３．支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する方で、記入が必要な方）

※ 国保・国保組合の場合：上記受診者欄、申請者欄に記入済みの方を除く加入者全員分を記入
　上記以外の場合　　：被保険者分（上記受診者欄又は申請者欄に記入済みの場合は以下の記入は不要）を記入

3	ふりがな		受診者との続柄	
	世帯員氏名			
	個人番号			
4	ふりがな		受診者との続柄	
	世帯員氏名			
	個人番号			
5	ふりがな		受診者との続柄	
	世帯員氏名			
	個人番号			
6	ふりがな		受診者との続柄	
	世帯員氏名			
	個人番号			
7	ふりがな		受診者との続柄	
	世帯員氏名			
	個人番号			

※窓口確認欄

【番号確認書類】※いずれか１点

- □　個人番号カード
- □　通知カード
- □　個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書
- □　その他（　　）

【身元確認書類】※いずれか１点

- □　個人番号カード　　□　身体障害者手帳
- □　運転免許証　　□　精神障害者保健福祉手帳
- □　運転経歴証明書　　□　療育手帳
- □　在留カード　　□　旅券
- □　特別永住者証明書
- □　官公署等が発行する証明書（写真あり）（　　）
  （①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの）

※以下の書類は２点以上

- □　被保険者証　　□　年金手帳
- □　児童扶養手当証書　　□　特別児童扶養手当証書
- □　官公署等が発行する証明書（写真なし）（　　）
  （①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの）
- □　住民票　　□　その他（　　）