第1号様式(第2条関係) (表面) ※令和8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 묵 受 給 者 番 疾 患 群 が承認となった場合、令和8年4月1日からの受給者証に変更を反映します。令和8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 別途変更申請が必要です。 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(令和7年度更新) (宛先) 奈良市長 令和 月 \Box 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。 生 年 月 В フリガナ 年 平成 歳 齢 В 名 年 月 氐 令和 Ŧ 受 フリガナ 住 所 診 者 記号・番号 被保険者 受診者との 本人•家族 ・枝番 氏名 続柄 加入医療保険 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 保険種別 発行機関名 申請者に 原則 受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者 ついて 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 受診者 フリガナ) 本人・父・母・その他(の関係 □ 受診者と同じ 申 申請者 氏 名 話 請 日中連絡先 , 本人・父 ・母 ・ その他 者 Ŧ フリガナ 住 所 □ 受診者と同じ 送 付 先 Ŧ 住 氏 ※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 名 所 疾病 名 特 例 血友病 重症患者認定 高額かつ長期 人工呼吸器等装着者 (該当の場合 ✓) 指定難病受給者認定 受給者 有 無 ※受給者証のコピーの添付が必要です。 番号 すこやか手帳の交付 希望する 希望しない 「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。 小児慢性特定疾病 登録者証利用申請 申請する 申請しない 厚生労働大臣 保健所受付印 本は、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 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 令和 年 月 \Box の利用についての同意 住所 ※同意する場合のみ記入 患者署名 ※申請者が患者本人の場合記入 整理欄 ※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。

□ 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 I (年収80万9千円以上)となることを了承します。 □ 「対象となる年金・手当等 I 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。	○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。									
1	世帯員氏名				生年月日	の	が別の	(被保険者・被扶養者の	受給者認定の有無	
	1				T·S·H·R			国保・国保退職・後期高齢	□ 指定難病	
2					• •			(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
(2							国保・国保退職・後期高齢	□ 指定難病	
日本語画								(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
### 1	3				T·S·H·R			国保・国保退職・後期高齢	□ 指定難病	
T - S - H - R 国保・国保証性・後期極齢 別産業務 別産業務 別産業務 別産業務 別産業務 別売業務 別売業 別								(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
T-S-H-R 協会議議 ・ 機法議 ・ 機法議 ・ 機法議 ・ 機能 ・ 機能 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	4				T·S·H·R			国保・国保退職・後期高齢	□ 指定難病	
T.S.H.R 国保・原展週報・後期高齢 指定難論 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日								(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日	5				T·S·H·R			国保•国保退職•後期高齢	□ 指定難病	
日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日本の日								(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
T・S・H・R 協会健保・健保組合・共済 国保・協保副合・	6				T·S·H·R			国保 • 国保退職 • 後期高齢	□ 指定難病	
T・S・H・R								(被保険者 • 被扶養者)	(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。	7				T·S·H·R			国保・国保退職・後期高齢	□ 指定難病	
### ### ### ### #####################								(被保険者 • 被扶養者)	(受給者番号)	
□ 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るため、それを証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が低所得工(年収80万9千円以上)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、障害身生年金、適族基礎年金、遺族厚生年金、遺族月済年金等の年ま、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。 麦任 欄 麦任者(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 ● 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	〇受	診者本人の属す	る保険の	の世帯の市町村	・ 民税が非課税である場合、該		ZVUて	ください。	Į.	
□ 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 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 「対象となる年金・手当等 II 「特別児童扶養手当、障害見福礼手当、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。										
保険の世帯の市町村 民税が非課税である。	□ 下記の年金・手当等を受給していません。									
民税が非課税である (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 (大き) (大き) (大き) (大き) (大き) (大き) (大き) (大き)	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るため、	それを証明す	る書類を	提出します。		
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 代理人(申請者) 氏名 季任者との関係 中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。 事情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。 委任者(申請者) 氏名 事情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。				(年収80万9千円以上)となることを了承します。						
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	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									
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 (中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。 (中請者) 氏名 (中請者) 氏名	○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。									
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) 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) 氏名	」 委任者(受診者) 氏名									
代理人(申請者) 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										
○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	代理人(申請者) 住所									
申請書類等提出委任申出欄 委任者(申請者) 氏名	代理.	人(申請者)	氏名				委任者	がある。 		
委任者(申請者) 氏名	○申	請者と窓口に申	請に来る	る方が異なる場						
					申請書類	等提出委	任申出	占欄		
					宁佐安医弗士纶韧宁中毒		<u></u> \た .たっ	∕ 中1.屮丰才		

引受人(窓口に申請に来る方) 氏名_____ ______ 委任者との関係 _____