

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）										
受診者（患者）	フリガナ					生 年 月 日				
	受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	平成 年 月 日
	受診者住所	〒				電話番号	(固定) (携帯)			
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄			
		保険種別	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 その他 ( )				被保険者証の 記号・番号		記号 ----- 番号	
被保険者証 発行機関名										
申請者	フリガナ					受診者 との続柄				
	氏名									
	住所 (※2)	〒				電話番号 (※2)	(固定) (携帯)			
疾病名								(※3) 疾患群 番号		
受給者番号 (※4)										
今回申請する受診者と同じ世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方又は申請中の方がいますか。					いる (氏名 ) ・ いない					
今回申請する受診者は指定難病の医療費助成対象者（申請中を含む）ですか。					はい ・ いいえ					
指定難病の受給者番号										
【同一世帯内全員の市町村民税が非課税の方のみ記入】同一世帯内で障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当などを受給している方がいますか。(※5)					はい ・ いいえ					
<p>私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 また、世帯の課税状況が確認できる書類を提出しない場合は、所得区分について上位所得とすることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 (※6)</span></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">茨城県知事 殿</p>										

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○を付けてください。変更申請は、次の①～③に該当する場合に行うものとする。  
 ①自己負担上限月額の変更（階層区分の変更並びに重症患者等区分及び按分特例の適用により自己負担上限月額の変更を伴う場合に限る。）  
 ②受療を希望する指定医療機関の変更・追加 ③支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更・追加
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。  
 ※3 保健所で記入するので記載しないでください。  
 ※4 更新・変更の方のみ記入してください。  
 ※5 受診者又は申請者の市町村民税課税所得証明書に記載されている所得以外に、これらの所得がある場合には「はい」に○を付け、その金額を証明するもの（年金証書のコピー、支払い通知書の写しなど）を添付してください。  
 ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

保健所記入欄（※4）	申請受付年月日					認定年月日					
	該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								備考	
	自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
		<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例				<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書		<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証						
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書		<input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類 ( )								

（裏面にも記載欄があります。）

