

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） | 疾病名 | | | | | | (保健所記入欄) 疾患群番号 | |
| | 受給者番号 (新規申請の場合は不要) | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | 年齢 | 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | H | 年 月 日 |
| | | | | | | | R | 年 月 日 |
| 申請者 | 住所 | | | | | 電話番号 | | |
| | | | | | | (固定) | | |
| | | | | | | (携帯) | | |
| | 加入医療保険について | 被保険者氏名 | | | | 受診者（患者）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（患者）との続柄 | |
| | 氏名 | 受診者が18歳以上の場合、原則「受診者本人」の氏名 18歳以上で家族等が申請する場合、委任状が必要 | | | | | | |
| | 住所（受診者と同じ場合は「同上」の場合は記載不要です。） | | | | | 電話番号 | | |
| | | | | | | (固定) | | |
| | | | | | | (携帯) | | |
| 本年1月1日時点の住民票市区町村（同上の場合は記載不要です。） (ただし、1月～6月までに申請をする場合には昨年1月1日の住民票市区町村) | | | | | 都府 | 道県 | 市区町村 | |
| 自己負担上限額の特別★要件・必要書類等は裏面の注意事項参照 | 人工呼吸器等装着者 重症患者認定基準該当 | | | | | 高額かつ長期 | | |
| 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（申請中を含む）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 | | |
| 指定難病受給者番号 | | | | | | | | |
| 【同一世帯全員の市町村民税が非課税の方のみ記入】※2 | ① 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給の有無 | | | | | 有 ・ 無 | | |
| | ② <①で「有」に○をつけた方> A・Bのいずれかに○をつけてください。 A 金額の確認できる書類（源泉徴収票、支払通知書の写しなど）を添付します。 B 金額の確認できる書類を添付しないため、低所得Ⅱの区分となることに同意します。 | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と認められる年月日（※4、5） | 年 月 日 | | | | | 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <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 | | |
| 私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費（国制度）の支給を申請します。 また、受診者が中学生以上の場合で国の認定基準不承認となった場合には、茨城県独自事業小児慢性特定疾病医療費※3の支給を申請します。 なお、世帯の課税状況が確認できない場合は、所得区分について上位所得とすることに同意します。 | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | 申請者氏名 | | |
| | | | | | | 茨城県知事 殿 | | |

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をつけてください。変更申請は次の①～③に該当する場合に行うものとします。
 ① 自己負担上限額の変更（階層区分の変更並びに重症患者等認定区分・世帯内按分特例の適用によるもの。）
 ② 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 受診者又は申請者の市町村民税非課税証明書に記載されている所得以外に障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の所得がある場合には「有」に○をつけてください。また、その金額を証明するもの（年金証書のコピー、支払通知書の写しなど）を添付してください。
 ※3 茨城県では、国制度の対象疾患のうち、5疾患群（慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、膠原病、神経・筋疾患）のうち一部の疾病について症状や治療方法が国の認定基準に満たない方についても、年齢要件・所得要件を満たせば独自に助成対象としています。
 ※4 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満了していると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(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可能。そのため、申請日に問わず、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
 ※5 更新の場合は、原則記入不要。

(※裏面にも記載があります。)

| | | |
|--------------|--|--|
| 認定日：令和 年 月 日 | | |
| (保健所記入欄) | 申請者の番号確認(個人番号) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号付き) |
| | 申請者の身元確認(個人番号) | 1つで可 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他() |
| | | 2つ以上 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 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 |
| 区分 | 一般 ・ 人工呼吸器等 ・ 高額かつ長期 ・ 重症患者認定基準 ・ 按分特例 | |

指定医療機関(受診を希望する指定医療機関をすべて記載してください。他の都道府県の指定医療機関にかかる場合も記載が必要です。)

| | 医療機関・薬局・訪問看護事業所名 | 所在地 |
|------------------------------------|------------------|-----|
| 受診を希望する指定医療機関 ※薬局・訪問看護事業所を含みます。 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※重要※

DVや虐待等の被害者(被害を受ける恐れがある場合も含む。)で、加害者の下から避難しており、マイナンバーによる情報連携における不開示設定等を希望する方は、下のチェック欄に☑を入れてください。

| | | |
|--|-------|-------------------------------|
| | チェック欄 | <input type="checkbox"/> 希望する |
|--|-------|-------------------------------|

<自己負担上限額の特例についての注意事項>

(1) 人工呼吸器等装着者(人工呼吸器または体外式補助心臓)
長期にわたり継続して常時(※)生命維持管理装置を装着する必要があり、かつ日常生活の動作が著しく制限されている方。
(※)「長期にわたり継続して常時」とは、生命維持管理装置を一日中装着し、今後1年間にわたって離脱の見込みがないことを指します。

(必要書類)
・医師が作成した人工呼吸器等装着者証明書(別紙様式第3号)

(2) 高額かつ長期
小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けた日以降に、当該支給認定を行う日が属する月以前の12月以内に、当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療費支援につき医療費の総額(健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額)が5万円を超えた月が6回以上あった(※)方。

(必要書類)
・重症患者認定申告書(別紙様式第2号)
・(※)について証明できる書類(例:該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー)

(3) 重症患者認定基準該当
審査で基準に該当していると判断された場合、重症患者認定がされます。

(必要書類)
・重症患者認定申告書(別紙様式第2号) 基準②に該当する場合は障害者手帳の写しなど

対象者の個人番号等に記載誤りがないか十分確認してください

記載例(変更)

世帯調書

「患者本人」、「住民票上の同一世帯の方」及び「同じ公的医療保険に加入者」(ただし、個人番号は患者本人及び、同一医療保険加入者)としてください。
 個人番号カード、通知カード等に記載されている個人番号を正確に記入してください。

令和××年××月××日

| 続柄 | (フリガナ)氏名 | 性別 | 年齢 | 生年月日 | 変更 ※変更時のみ | 個人番号 | | | | | | | | | | 医療保険の種別 (該当するものに○) | 【被用者保険の方】 被保険者本人 被扶養者の別 | 1月1日の 住民票市区町村 ※4 | 難病・小慢の 受給(該当の 場合)☐ | 受給者番号 | | |
|------|-----------|-----|-----|-------------|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------|----------------|--------------------------|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | 11 | 12 |
| 患者本人 | イバラキ ヒバリ | 男・女 | 14歳 | 平成17年10月11日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | 水戸市 | ☐指定難病 ☐小児慢性 | ×××××× |
| | 茨城 ひばり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 父 | イバラキ タロウ | 男・女 | 48歳 | 昭和46年3月30日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | 水戸市 | ☐指定難病 | 新規申請以外の場合、患者本人も記入してください。 |
| | 茨城 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母 | イバラキ ウメ | 男・女 | 42歳 | 昭和52年12月1日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | 水戸市 | ☐指定難病 ☐小児慢性 | |
| | 茨城 うめ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 兄 | イバラキ イチロウ | 男・女 | 21歳 | 平成10年9月9日 | 追加・削除 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | 水戸市 | ☐指定難病 ☐小児慢性 | |
| | 茨城 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 妹 | イバラキ ジロウ | 男・女 | 11歳 | 平成20年6月12日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | 水戸市 | ☐指定難病 ☑小児慢性 | ●●●●●● |
| | 茨城 次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男・女 | 歳 | 年 月 日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | | ☐指定難病 ☐小児慢性 | |
| | | 男・女 | 歳 | 年 月 日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | | ☐指定難病 ☐小児慢性 | |
| | | 男・女 | 歳 | 年 月 日 | 追加・削除 | | | | | | | | | | | | | 国民健康保険 後期高齢 被用者保険 国民健康保険組合 | 本人(被保険者) 家族(被扶養者) | | ☐指定難病 ☐小児慢性 | |

(記載要領)

※1 以下に該当する場合に本様式を記入してください。

- ①新規申請をする場合
- ②受給者及び支給認定基準世帯員の個人番号が変更になった場合
- ③保険証の変更に伴う自己負担上限額等の変更をする場合で、新たに支給認定基準世帯員の所得の書類が必要となった場合

※2 変更欄については新たに支給認定基準世帯員が増えた場合は「追加」を、支給認定基準世帯員が減った場合は「削除」を記入してください。

※3 個人番号は一度記載していただいた方については、個人番号が変更にならない限り記載は不要です。

※4 1月～6月までに申請をする場合には昨年1月1日の住民票市区町村を、7～12月に申請する場合には本年1月1日の住民票市区町村を記入してください。

※5 指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる場合、難病・小慢の受給の該当制度に☑付け及び受給者番号欄に受給者番号を記入の上、受給者証の写しを添付してください。