

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
(兼登録者証申請書)

※保健所記入欄	申請種別	☐ 新規 ☐ 転入 () より ☐ 更新 ☐ 変更・追加 (月額・疾病)	自己負担区分	所得割	総所得	
	血友病	該当しない / 該当する (自己負担なし)		生保・低1・低2・一般I・一般II・上位 一般・重症・高額長期・人工呼吸器等装着者		
			按分特例	() 円		
	公費負担番号		受給者番号		承認期間	
					・ ・ ・ ・ ・	
疾 病 名						

受診者	フリガナ				生年月日 (年齢)	年 月 日	
	氏名					(歳)	
	個人番号						
	住所	〒 - (TEL -)					
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄	
保険者名					医療保険各法等 記号・番号	記号	番号
保険種別		協管・健組・日雇特例・船員・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢・生保					
申請者	フリガナ				受診者との続柄		
	氏名						
	住所	〒 - (TEL -) ☐ 受診者に同じ					
医療意見書を 記載した医療機関	名 称						
	所在地	(TEL -)					
(受診者と同じ健康保険に加入する者)	フリガナ	受診者との続柄	生年月日			市民税非課税世帯の場合のみ	
	氏 名		個人番号 (マイナンバー)			年金・手当の種類※	
			年 月 日			年金・手当の年額※	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
※障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当を受給されている方は、年金・手当の種類及び年収額を記入ください。受給していない方は、収入額欄に0円と記入ください。							
医療受給者証の 受け取り方法 (郵送先)	☐ 受診者住所 ☐ 保健所窓口 ☐ その他 (右欄にご記入ください)		〒 - (様宛)				

※裏面がありますので、忘れずご記入ください。

自己負担上限 月額の特例 (該当するものに ✓)	☐ 重症患者認定	重症患者認定申請書を添付してください。
	☐ 高額かつ長期	自己負担上限額管理票の写しを添付してください。
	☐ 人工呼吸器等装着者	人工呼吸器等装着者であることの証明書を添付してください。
	☐ 世帯内按分特例	患者と同じ健康保険に加入する者の中に、指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している者（申請中の方を含む）がいる場合 ※ 受給者証の写しを添付してください。
	難 ・ 小	(氏名 受給者番号)
	難 ・ 小	(氏名 受給者番号)

西宮市保健所長 様

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給及び受給者証兼登録者証の交付 を申請します。
なお、支給認定にかかる世帯の住民票記載事項及び私の収入及び世帯に属する市民税等、健康保険情報等を西宮市保健所が確認することに同意し、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。
児童福祉法第五十六条の六第二項に基づき、西宮市保健所が医療意見書データを保健事業に活用し、必要時西宮市役所内関係機関等に提供することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

厚生労働大臣 様

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書データが、別紙「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のご説明」のとおり、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。

年 月 日 患者氏名

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。

代理人氏名

委任状	私は小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る一切の権限を
	受任者 (続柄) に委任します
	委任者

☐ 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について申請日より遡ることを希望しません。
☐ 小児慢性特定疾病登録者証の申請を希望しません。