

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	ニシノミヤ タロウ		生年月日 (年齢)	令和3年1月1日 (4歳)	
	氏名	西宮 太郎				
	個人番号	0000000000000000				
	住所	〒662-0911 (TEL 0798-26-3669) 西宮市 池田町 8-11				
加入医療保険	被保険者氏名	西宮 一郎		受診者との続柄	父	
	保険者名	全国健康保険協会〇〇支部		医療保険各法等 記号・番号	記号 1234	番号 5678900
	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	ニシノミヤ イチロウ		この制度における申請者とは、次のとおりです。 ・受診者が使用している保険証が、健康保険組合、共済組合、協会けんぽ等の場合 ⇒ その保険の被保険者 ・受診者の使用している保険証が、国民健康保険、国民健康保険組合の場合 ⇒ 親権を有する世帯主 ・窓口に来られる方が「申請者 (上記参照)」以外の場合、申請者が記載した委任状が必要です。(申請書下部)		
	氏名	西宮 一郎				
医療意見書を記載した医療機関	名称	西宮〇〇病院				
	所在地	西宮市 〇〇町 1				
受診者と同じ健康保険に加入する者	医療意見書を記載した医療機関 (指定小児慢性特定疾病医療機関) を記入					
	フリガナ	ニシノミヤ イチロウ		個人番号 (マイナンバー)	年金・手当の年額※	
	氏名	西宮 一郎		父	平成3年3月3日	障害年金 30,000 円
	住所	〒 -		父	0000000000000000	円
	支給認定基準世帯員 (チェックリスト参照) について記入					円
	※市民税が非課税の場合、収入も記入 (遺族年金等、課税されない収入も含める)					円
	別住所に送付する場合記入 ※必ず宛名も記入					円
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)		〒662-0911 西宮市 池田町 8-12 (西宮 次郎 様宛)				

※裏面がありますので、忘れずご記入ください。

該当する場合、 ✓を記入し必要書類を添付 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 西宮 一郎 受給者番号 1234567 ） 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 内容をよく読み、必ず記載してください。
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。

令和7年 7 月 1 日 申請者氏名 西宮 一郎

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。

令和7年 7 月 1 日 患者氏名 西宮 太郎

※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

患者が未成年の場合は、
申請者名を記載してください。 代理人氏名 西宮 一郎

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	・窓口に来られる方が「申請者（表面参照）」以外の場合、申請者に委任状欄を記載していただく必要があります。	
☐ 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について		
☐ 小児慢性特定疾病登録者証の申請を希望しません。		