

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

記載例

申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 更新	<input type="radio"/> 変更	受給者番号 (更新・変更の場合は記入)						
受診者	フリガナ	アキタ ミライ		性別	年齢	生年月日				
	氏名	秋田 未来		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	●歳	H ●●年 ●月 ●●日				
	個人番号	123456789012							12桁のマイナンバーを記載してください。	
	住所	〒000-0000 秋田市●●1-1-1		電話番号		018-000-0000				
	加入医療保険	被保険者証発行機関名 (保険者名)	全国健康保険協会秋田支部		被保険者証の 記号・番号	111・2222				
	被保険者氏名	秋田 太郎		受診者との続柄	父					
申請者	フリガナ	アキタ タロウ		受診者との関係						
	氏名	秋田 太郎		【優先順位】 1. 加入医療保険の被保険者 2. 児童を監護している者 3. 収入の高い者 ・単身赴任等で世帯が別の場合は、同居の保護者		(父)・母				
	個人番号	987654321012							その他 ()	
	住所 (※1)	〒		電話番号(※2)		090-9999-9999 母携帯090-1111-1111				
疾病名	●●病、▲▲病（複数の疾病を申請するときはすべて記載してください。）									
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護 事業者等を含む)	医療機関名		所在地							
	○○病院		秋田市							
	○○薬局□□店		仙台市○○1-2-3							
	○○訪問看護ステーション		秋田市							
	小児慢性特定疾病に係る利用を希望する病院・薬局・訪問看護ステーションをすべて記載してください(秋田市外も含む)。 ・申請した医療機関(病院・薬局・訪問看護)以外での診療では医療費を助成できません。 ・申請した医療機関が、秋田市(市外の場合は他自治体)の指定を受けた小児慢性特定疾病指定医療機関でない場合は医療費を助成できません。新しく利用したい医療機関等がある場合は、指定されているかを医療機関又は自治体にご確認ください。秋田市内の指定医療機関は、秋田市子ども健康課ホームページに掲載しています。									
受診者の特定医療費(指定難病)支給認定の有無			<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無・ <input type="radio"/> 申請中			受給者番号(11223344)				
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"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※4)	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例(※3)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
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。 年 月 日 申請者氏名 (宛先) 秋田市長										

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 受診者欄に記入したものと異なる番号がある場合に記入(携帯電話など)。
- ※3 同一世帯(受診者と同じ医療保険に加入している方)で小児慢性特定疾病又は指定難病の認定を受けている患者がいる場合。
- ※4 医療費総額が月5万円を超える月が年間6回以上あり、重症患者認定申請書を提出する場合。

(裏面も記載してください)

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入している方。受診者本人を除く）について記入してください。

フリガナ 氏名 個人番号	受診者との続柄	生年月日	年齢	小児慢性特定疾病医療給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	特定医療費(指定難病)給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	「寡婦控除等のみなし適用」に該当する場合は○を記入	市民税課税状況	
							課税 所得割額	非課税 収入額
アキタ タロウ 秋田 太郎 987654321012	父	S〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		記入不要	
アキタ ハナコ 秋田 ハナコ 112233445566	母	S〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) (01234567) 無・申請中			
アキタ イチロウ 秋田 一郎 665544332211	兄	H〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中			
				(有) 無・申請中	(有) 無・申請中			
				(有) 無・申請中	(有) 無・申請中			
				(有) 無・申請中	(有) 無・申請中			
				(有) 無・申請中	(有) 無・申請中			

マイナンバーを記載してください。

今回申請する受診者と同一の健康保険証に加入しているかたで「小児慢性特定疾病」又は「指定難病」の医療費の支給認定を受けている場合は、○をつけた上で、受給者番号を記載してください。「寡婦控除のみなし適用」を申請するかたは当該欄に○を記入してください。

※太枠内のみ記入してください。

【秋田市記載欄】以下は記入しないでください。

市民税課税状況	(課税) 所得割額合計	円	(非課税) 収入額	円		
該当する階層区分	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					
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分				
認定内容	階層区分	月額自己負担限度額	円	保険所得区分		
備考						