

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請区分	新規	更新	変更	受給者番号 (更新・変更の場合は記入)					
受 診 者	フリガナ			性 別	年 齢	生 年 月 日			
	氏 名			男 ・ 女	歳	年 月 日			
	個人番号								
	住 所	〒				電話番号			
	加入医療保険	被保険者証発行機関名 (保険者名)				被保険者証の 記号・番号			
被保険者氏名					受診者との続柄				
申 請 者	フリガナ				受診者との関係				
	氏 名				父 ・ 母				
	個人番号				その他 ()				
	住 所 (※1)	〒			(電話番号(※2))				
疾病名									
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					
受診者の特定医療費(指定難病)支給認定の有無				有 ・ 無 ・ 申請中		受給者番号 ()			
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"/>	世帯内按分特例(※3)			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※4)			
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	市民税課税状況	
						課税	非課税
						所得割額	収入額
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		
			歳	有 () 無・申請中	有 () 無・申請中		

※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						