

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書

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／ 要支援者	フリガナ					年齢	生 年 月 日					
	氏 名					歳	年 月 日					
	個人番号											
	住 所	〒				電話番号						
	加入医療保険	保険者名					記 号・番 号					
		被保険者氏名					受診者との続柄					
申請者 (※1)	フリガナ					受診者との関係						
	氏 名					父 ・ 母						
	個人番号					その他 ()						
	住 所	〒				(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☑)	☐	人工呼吸器等装着				☐	重症患者認定					
	☐	世帯内按分特例 (※3)				☐	高額かつ長期 (※4)					
小児慢性特定疾病登録者証申請※5				申請する ・ 申請しない								
小児慢性特定疾病医療 費の支給を開始する ことが適当と考えられる 年月日 (※6、7)	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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 []									
上記のとおり、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。なお、受診者本人の場合は氏名欄に本人と記入する。
※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。
※5 「申請する」を選択した場合、市が災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。
※6 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た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か月前(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、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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考えられる年月日を記載。
※7 更新の場合は、原則記入不要。

(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		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	
氏 名							課税	非課税
個 人 番 号							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		
				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	☐	人工呼吸器等装着	☐	重症	☐	高額かつ長期
	☐	世帯内按分 []				
認定内容	階層区分		月額自己負担限度額	円		
備考						