

秘		小児慢性特定疾病医療費支給認定等申請書			新規 更新 変更				
※保健所で記入		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						
※更新又は変更の場合に記入		受給者番号	既有効期間	年 年	月 月	日から 日まで			
受 診 者	フリガナ				生	年	月	日	
	氏名				年 (満)			月 歳)	
	個人番号								
	フリガナ							電話番号	
	住所	(〒 - - -)							
	加入	被保険者氏名				受診者との 続柄			
	医療	保険種別				記号・番号			
保険	保険者名								
申 請 者	フリガナ				受診者との 関係				
	氏名								
	個人番号								
	フリガナ								電話番号
	住所	(〒 - - -)							
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・電話番号						
自己負担上限月額 の特例(該当する ものに□)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額治療継続			
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例			<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合(申請中含む)		有	・	無	指定難病の 受給者番号				
今回申請する受診者と同じ世帯(生計を一にする者)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病的医療費助成対象者		有	・	無	氏名及び 受給者番号	(番号:)			
下記申請日が医療意見書の記載日から1か月以上経っている場合のみ記載(更新・変更の場合は記入不要)※5		(支給開始日) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 申請書類の準備に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他					
小児慢性特定疾病登録者証の発行について		発行を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	登録者証発行を希望された場合、患児(者)の方のマイナンバー情報に小児慢性特定疾病に罹患していることが掲載されます。					
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給等を申請します。									
年 月 日									
申請者氏名									
和歌山県知事 様									

- ※1 新規申請の場合の有効期間の始期は、診断日または申請日から最長3か月遡った日のいずれか遅い日となります。
- ※2 更新申請の受付は現在お持ちの受給者証の有効期間末日の3か月前からとなります。添付する医療意見書はこの期間に指定医によって記載されたものを提出してください。
- ※3 申請書の提出時には保険証を持参してください。
- ※4 更新申請において、申請書及び必要な書類の提出が遅れた場合、新規申請となる場合がありますのでご注意ください。
- ※5 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病的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。
- ※6 小児慢性特定疾病登録者証の発行を希望された場合、マイナンバー連携を通じ、災害対策基本法に基づく避難行動要支援者名簿等作成事務のため、市町村に対して情報提供を行う場合があります。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

1 国民健康保険加入者は、16歳以上の世帯員全員の個人番号を記入してください。

2 社会保険加入者の場合、受診者、申請者以外の個人番号の記入は必要ありません。ただし、申請者が被保険者以外の場合は、被保険者のみ個人番号を記入してください。

非課税世帯の場合は、保護者の年金等収入について、該当する内容に☑してください。

<input type="checkbox"/> 障害基礎年金（国民）、障害厚生年金（厚生）又は障害共済年金（国共・地共・学共・農共）を受給している。
<input type="checkbox"/> 障害年金（国民・厚生・船員・国共・地共・学共・農林）を受給している。
<input type="checkbox"/> 遺族基礎年金（国民）、寡婦年金（国民）、遺族厚生年金（厚生）又は遺族共済年金（国共・地共・学共）を受給している。
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当（特児）、障害児福祉手当（特児）、特別障害者手当（特児）又は福祉手当（特児）を受給している。
<input type="checkbox"/> 障害手当（厚生）、障害手当金（船員）、障害一時金（国共・地共・学共）、特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの（農林）又は特別障害給付金（特障）を受給している。
<input type="checkbox"/> 障害補償給付（労災）、障害給付（労災）、障害補償（国災・地災）又は条例による補償で障害を支給事由とするもの（地災）を受給している。
<input type="checkbox"/> 上記の年金等はいずれも受給していない。

※年金等収入が80万以下の方は「年金等証書＋振込先通帳の振り込み部分の写し」又は「年金等振り込み通知書の写し」を添付してください。

(国民)・・・国民年金法に基づくもの
 (厚生)・・・厚生年金保険法に基づくもの
 (国共)・・・国家公務員共済組合法に基づくもの
 (地共)・・・地方公務員等共済組合法に基づくもの
 (学共)・・・私立学校教職員共済法に基づくもの
 (農共)・・・移行農林共済年金
 (船員)・・・船員保険法に基づくもの
 (農林)・・・移行農林年金
 (特児)・・・特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づくもの
 (特障)・・・特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律に基づくもの
 (労災)・・・労働者災害補償保険法に基づくもの
 (国災)・・・国家公務員災害補償法に基づくもの
 (地災)・・・地方公務員災害補償法に基づくもの

和歌山県難病・こども保健相談支援センターからの情報提供について、該当する内容に☑してください。

<input type="checkbox"/> 和歌山県難病・こども保健相談支援センターからの情報提供は不要である。
