

※欄には何も記入しないでください。

※特例	人呼	高額	重症	按分	複数疾患											
受給者番号(※1)						※同意書	有	・	無	※階層	I	II	III	IV	V	VI

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・転入・再登録）／登録者証 申請書
(※2)

受診者／要支援者	フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日	
	氏名					年 月 日	
	フリガナ					電話	
	住所	〒 —					
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄	
		保険種別	・協会けんぽ・組合・共済・市町村国保 ・国保組合・生活保護			記号・番号	
		発行機関名					
		所在地					
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	人工呼吸器装着者		☐	高額かつ長期		
	☐	世帯内按分特例		☐	重症患者認定		
今回申請する受診者と同一の医療保険に属する、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者（申請者）				☐ 有（氏名 ） ☐ 無			
疾 病 名							
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事業 所を含む)	医療機関名			所在地			
小児慢性特定疾病医療費支給認定日の通りの希望の有無	☐ 有 ・ ☐ 無		左欄が申請日から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				
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※	年 月 日		〔 〕				

※特定医療費の支給認定日は、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）の同じ日までさかのぼって申請することが可能。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日など、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。

登録者証の申請	☐ 申請する ・ ☐ 申請しない	
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療の支給を申請します。また、自己負担限度額決定に必要な所得状況について、市民税課税台帳等により課税照会することを承諾します。		
申請者 氏 名 _____ ※18歳以上 は患者本人 住 所 _____ (あて先) 前橋市長 (対象者との続柄：) (電話番号：)		

添付書類 ①医療意見書

注意事項 1 本疾病により、人工呼吸器、対外式補助心臓等を使用中の方は、「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」をあわせて提出してください。

※1 更新・再登録の方は記入してください。

※2 新規・更新・転入・再登録のいずれかに○をし、登録者証の申請も併せて行う場合は登録者証に○をする。