

※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・変更・転入・再登録)

(※2)

受診者	フリガナ			年齢	歳	生年月日	
	氏名					年 月 日	
	個人番号						
	フリガナ						
加入医療保険	住所	〒 -			電話		
	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			被保険者証の記号・番号		
	被保険者証発行機関名						
	所在地						
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着者	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定			
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		

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。

年 月 日

申請者 氏 名 _____

(※3)

個人番号 _____

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 ②健康保険証の写し(裏面参照) ③税関係書類(裏面参照)

注意事項 1 成長ホルモン治療を行う場合は、「成長ホルモン治療意見書」も必要になります。

2 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・変更・再登録の方は記入してください。

※2 新規・更新・変更・転入・再登録のいずれかに○をする。

※3 18歳以上は患者本人が申請者となります。

(裏面も記入してください。)

個人番号確認	身分確認

(裏)

○世帯員確認票

(フリガナ) 氏名 個人番号	続柄	年齢	確認欄					
			医療保険の種別 (該当するものに○)	(被用者保険の方) 被保険者本人・ 被扶養者の別	前年 収入の 有無	住民税 所得割税額 (※記載不要)	指定難病 受給有無	小児慢性 特定疾病 受給有無
	患者 本人	歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			
		歳	国保・後期高齢 ・被用者	本人・被扶養者	有・無			

- ・住民票上の世帯全員を記載。単身赴任や別居の扶養親族、別居でも公的医療保険加入者がいる場合は、その方も記載してください。
- ・患者本人及び患者と同一の保険の加入者の保険証の写しを添付してください。
- ・網掛部分：他に特定医療や小児慢性特定疾病医療を受給している方（申請中も含む）がいる場合は、該当者の欄に○を付けてください