

(表面)

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		受給者番号			
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				電 話		
	住 所 (住民票)	〒					
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名			受診者との続柄		
		保 険 種 別			被保険者証の記号・番号		
		被 保 険 者 証 名 発 行 機 関 名					
所 在 地							
保護者(受診者が未成年者 の場合のみ記入)	フリガナ				受診者との続柄		
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ				電 話 番 号		
	住 所 (住民票)						
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 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							
認定申請期間	(始期) 年 月 日 ~ (終期) 年 月 日						
小児慢性特定疾病医療費の支給 をすることが適当と考えられる 日	年 月 日	左の欄が申請日から1か月以上前となっている場合は、その理由(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
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			
	病院①			病院①			
	病院②			病院②			
	病院③			病院③			
	薬局①			薬局①			
	薬局②			薬局②			
訪問看護			訪問看護				
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 いわき市長 様 申請者氏名							

※裏面も記入してください。

(裏面)

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)

(フリガナ) 氏名 個人番号	続柄	生年月日	年齢	医療保険の種別	(被用者保険の方) 被保険者・被扶養者	税証明	小児慢性特定疾病の有無	指定難病の有無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無
			歳	国保 ・ 被用者	本人 ・ 被扶養者		有 ・ 無	有 ・ 無

いわき市確認欄 (申請者は記入しないでください。)

添付書類	一般	同意書 ・ 意見書 ・ 療育指導連絡票 ・ 税額証明書 ・ 住民票 ・ 保険証		
	重症	重症申告書 ・ 障害年金/手帳等 ・ 同意書 ・ 意見書 ・ 療育指導連絡票 ・ 税額証明書 ・ 住民票 ・ 保険証		
	血友病	特定疾病療養受療症 ・ 同意書 ・ 意見書 ・ 療育指導連絡票 ・ 税額証明書 ・ 住民票 ・ 保険証		
該当する所得区分	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 ・ 血友病			
他認定疾患	受給者番号			
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	生活保護 中国残留邦人等の 自立支援に関する法律	<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療症 (血友病A・B)
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者 人工呼吸器等装着者