

第1号様式の2 (第1条の3関係)

(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 発行機関名								
所在地										
保護者の場合のみ記入 (受診者が未成年者)	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)	※受診者と同じ場合は省略可								
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									
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 <div style="text-align: center;">申請者氏名</div>										

※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