

【別紙様式第1号】

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規用)

* 色付の箇所(灰色部分)は保健所で記入しますので、記入不要です。

申請区分	1	病名											病名コード				
複数の疾患で「小児慢性特定疾病医療受給者証」をお持ちですか。お持ちの場合は、他の疾病の受給者番号も記載して下さい。												1:はい 受給者番号() 2:いいえ					
1 受 診 者	フリガナ											マイナンバー(個人番号)	性別	生年月日	年齢		
	氏名											1:男 2:女	4:平成 5:令和	年月日	歳		
	郵便番号	—			電話番号	—			—			市区町村コード					
	住所	市郡			区町村												
	申請年1月1日現在の住所 現住所と異なる場合のみ記入												*市町村名まで記入				
診 者	被保険者氏名												受診者との続柄				
	加入 医療 保険	65.社会保険・本人		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に受診者・申請者を記載													
		66.社会保険・家族		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に被保険者を記載													
		67.国民健康保険(組合)		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)を記載													
		68.生活保護		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要													
・人工呼吸器等装着者の方 ・血友病A・Bの健康保険特定 疾病療養受療証を所持の方		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要															
	記号 番号											保険者番号					
2 申 請 者 (保 護 者)	氏名											マイナンバー (個人番号)	受診者 との続柄	続柄 コード			
	郵便番号・電話番号・住所は、受診者本人と異なる場合に記入してください。																
	郵便番号	—			電話番号	—			—			市区町村 コード					
	住所	市郡			区町村												
3 自 己 負 担 上 限 額 の 特 例	重症	上記小児慢性特定疾病により、重症患者認定基準を満たす										0:非該当 1:該当					
	人工呼吸器等装着	上記小児慢性特定疾病により、人工呼吸器等装着認定基準を満たす										0:非該当 1:該当					
	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12月以内に、上記疾病に係る月毎の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が6回以上あった *支給認定を受けた日以降の医療費に限る										0:非該当 1:該当					
医療保険上の同一世帯内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名:) 受給者番号:) 0:いいえ					
医療保険上の同一世帯内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名:) 受給者番号:) 0:いいえ					
受診者の医療保険によって、記入する医療費支給認定基準世帯員が異なります。上記1の受診者の医療保険の保険種別欄の指示に従い記載して下さい。																	
4 医 療 費 支 給 認 定 基 準 世 帯 員	氏名【カタカナで記載】	マイナンバー(個人番号)										受診者 との続柄	生年月日	年齢	申請年1月1日現在の住所(受診者の 現住所と異なる場合のみ市町村名まで記入)	市町村民税 課税額	
裏面にも記載欄があります。																	

* 1 申請者の優先順位 ① 受診者が加入している医療保険の被保険者 ② 受診者を現に監護している者(①で単身赴任の場合等) ③ 収入の高い者

【別紙様式第1号様式の裏面】

受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関名及び所在地（県外は都道府県名も記入して下さい。）

意見書を作成した医療機関	①	都道府県	市郡	区町村															
その他の医療機関 薬局・訪問看護事業者等を含む	②	都道府県	市郡	区町村															
	③	都道府県	市郡	区町村															
	④	都道府県	市郡	区町村															
	⑤	都道府県	市郡	区町村															

※受診希望医療機関が5か所以上必要な場合は、下記に記入してください。

	名 称	所在地（例：熊本県熊本市）
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

<p>私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p>【マイナンバーに係る委任状】</p> <p><input type="checkbox"/> 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人（代理人氏名：_____）に委任します。（*2）</p> <p>申請者（保護者）氏名 _____ 令和 年 月 日</p> <p>熊本県知事 様</p>	<p><保健所受付印></p>
---	-----------------------

* 2 申請者本人が窓口に来所できない場合は、を入れ、代理人氏名を記入して下さい。

医療意見書の研究等への利用について同意をされる方は、別紙「研究利用に関するご説明」を御確認いただき、以下に署名をお願いします。

<p>私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。</p> <p>受診者氏名 _____</p> <p>申請者（保護者）氏名 _____</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">厚生労働大臣 様</p>	
--	--

* 県事務処理欄（保健所記入欄） (子ども未来課記入欄)

受付日	市町村民税(所得割)額	市町村民税額 非課税	自己負担限度額(按分の場合のみ記入)
5		B:低Ⅰ (~80万円) C:低Ⅱ	
<p>番号確認</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p><input type="checkbox"/> 通知カード</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>		<p>身元確認</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等</p> <p><input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>	
<県庁受付印>			
意見書	重症	人工呼	訪問看
住民票	税証明	保険証	
保険区分同意書	他・小慢	他・特定	その他()

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規用)

記入例

* 色付の箇所(灰色部分)は保健所で記入しますので、記入不要です。

申請区分	1	病名	悪性胸腺腫										病名コード																	
複数の疾患で「小児慢性特定疾病医療受給者証」をお持ちですか。 お持ちの場合は、他の疾病の受給者番号も記載して下さい。												1:はい	受給者番号 ()	2:いいえ																
1 受 診 者	フリガナ	クマモト	ハナコ	マイナンバー (個人番号)										性別	生年月日			年齢												
	氏名	熊本	花子	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1:男 2:女	4:平成 5:令和	2年1月1日	1歳											
	郵便番号	862 - 0862		電話番号		096 - 333 - 1111						市区町村コード																		
	住所	八代	市	松江城	区	1丁目1番1号 南アパート1号										*市町村名まで記入														
診 者	申請年1月1日現在の住所 現住所と異なる場合のみ記入												*市町村名まで記入																	
	被保険者氏名		熊本 太郎										受診者との続柄			父														
	加入 医療 保険	65.社会保険・本人		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に受診者・申請者を記載																										
		66.社会保険・家族		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に被保険者を記載																										
67.国民健康保険(組合)		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄に同一保険加入の世帯員全員(中学生以下は不要)を記載																												
68.生活保護		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																												
・人工呼吸器等装着者の方		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																												
・血友病A・Bの健康保険特定 疾病療養受療証を所持の方		⇒ 下記4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要																												
記号 番号	1 2 3 4 5					6 7					保険者番号			9	8	7	6	5	4	3	2									
2 申 請 者 (保 護 者)	氏名	熊本	太郎	マイナンバー (個人番号)										1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	受診者との続柄	父	続柄コード		
郵便番号・電話番号・住所は、受診者本人と異なる場合に記入してください。																														
郵便番号	-		電話番号		-						市区町村コード																			
住所	市郡		区町村																											
(*1)	申請年1月1日現在の住所 受診者の現住所と異なる場合のみ記入												*市町村名まで記入																	
3 自 己 負 担 上 限 額 の 特 例	重症	上記小児慢性特定疾病により、重症患者認定基準を満たす										0:非該当 1:該当																		
	人工呼吸器等装着	上記小児慢性特定疾病により、人工呼吸器等装着認定基準を満たす										0:非該当 1:該当																		
	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12月以内に、上記疾病に係る月毎の医療費総額(10割)が50,000円を超える月が6回以上あった *支給認定を受けた日以降の医療費に限る										0:非該当 1:該当																		
医療保険上の同一世帯内に他に「小児慢性特定疾病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名: 熊本 一郎 受給者番号: 0300001)	0:いいえ																	
医療保険上の同一世帯内に他に「指定難病医療受給者」の方はいますか。												1:はい(氏名:)	0:いいえ																	

受診者の医療保険によって、記入する医療費支給認定基準世帯員が異なります。上記1の受診者の医療保険の保険種別欄の指示に従い記載して下さい。

4 医 療 費 支 給 認 定 基 準 世 帯 員	氏名【カタカナで記載】	マイナンバー (個人番号)										受診者との続柄	生年月日	年齢	申請年1月1日現在の住所(受診者の現住所と異なる場合のみ市町村名まで記入)	市町村民税課税額				
	クマモト クロウ	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	父	T.S.H.R 56年8月9日	39				
	クマモト キクコ	4	4	4	4	5	5	5	5	1	2	3	4	母	T.S.H.R 56年8月10日	39				
	クマモト カズオ	7	7	7	7	8	8	8	8	4	5	6	7	祖父	T.S.H.R 30年5月1日	65				
	クマモト ヨシコ	8	8	8	8	9	9	9	9	5	6	7	8	祖母	T.S.H.R 31年6月1日	64				
															T.S.H.R 年月日					
															T.S.H.R 年月日					
															T.S.H.R 年月日					

裏面にも記載欄があります。

* 1 申請者の優先順位 ① 受診者が加入している医療保険の被保険者 ② 受診者を現に監護している者(①で単身赴任の場合等) ③ 収入の高い者

【別紙様式第1号様式の裏面】

受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関名及び所在地（県外は都道府県名も記入して下さい。）

意見書を作成した医療機関	① 熊本大学病院	都道府県 熊本	市郡 中央	区町村															
その他の医療機関 薬局・訪問看護事業者等を含む	② ○○薬局	都道府県 熊本	市郡 南	区町村															
	③ ○○訪問看護ステーション	都道府県 八代	市郡	区町村															
	④	都道府県	市郡	区町村															
	⑤	都道府県	市郡	区町村															

※受診希望医療機関が5か所以上必要な場合は、下記に記入してください。

	名 称	所在地（例：熊本県熊本市）
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項の規定により上記のとおり申請します。

【マイナンバーに係る委任状】

申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人（代理人氏名： **熊本 菊子**）に委任します。（*2）

申請者（保護者）氏名 **熊本 太郎**

令和 3 年 4 月 1 日

熊本県知事 様

<保健所受付印>

押印不要

* 2 申請者本人が窓口に来所できない場合は、を入れ、代理人氏名を記入して下さい。

医療意見書の研究等への利用について同意をされる方は、別紙「研究利用に関するご説明」を御確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

受診者氏名 **熊本 花子**

申請者（保護者）氏名 **熊本 太郎**

令和 3 年 4 月 1 日

厚生労働大臣 様

<県庁受付印>

押印不要

* 県事務処理欄（保健所記入欄） (子ども未来課記入欄)

受付日	市町村民税(所得割)額	市町村民税額 非課税	自己負担限度額(按分の場合のみ記入)
5		B:低Ⅰ (~80万円) C:低Ⅱ	
番号確認	身元確認	<県庁受付印>	

意見書 重症 人工呼吸 訪問看護 住民票 税証明 保険証

保険区分同意書 他・小慢 他・特定 その他 ()