

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(更新用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|--|--|------|--|--|-----------------|--|---|-----------------------------------|--|--------------|--|-------------|-----------|--|-------|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請区分 | 2 | 受給者番号 | | | | | | | | | | | * 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 受診者 ／ 要 支 援 者 | フリガナ | | | | | | | | | | | マイナンバー(個人番号) | | | | | 生 年 月 日 | | | 年 齢 | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性 特定疾病 の名称 | | 1: | | | | | | | | | | 2: | | | | | | | | | | 3: | | | | | | | | | |
| 受診者 の 加 入 の 医 療 保 険 | | 65.社会保険・本人 | | | | | | | | | | ⇒ 裏面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 | | | | | | | | | | ⇒ 裏面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(市町村国保) | | | | | | | | | | ⇒ 裏面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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・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 | | 68.国民健康保険組合(業種国保) | | | | | | | | | | ⇒ 裏面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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 69.生活保護 | | | | | | | | | | ⇒ 裏面4の医療費支給認定基準世帯員欄の記載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 記号 番号 枝番 | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 申請者 *1 | 氏 名 | | | | | | | | | | | マイナンバー (個人番号) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (該当するものに○) | 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 | | | | | | | | | | | |

** 裏面にも記載欄があります。 **

* 1 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載。
 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2号様式の裏面】

受診者の医療保険によって、記入方法が異なります。
 表面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 |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|-------------|------------------|------------------|---|------------------|
| | | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | |
| | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | | |
| | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | | |
| | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | | |
| | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | | |
| | | | | T・S・H・R 年 月 日 | | | |

| | | |
|------------|----------------|---|
| 登録者証申請（*2） | 1:申請する 0:申請しない | *2 「1申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。また、登録者証の交付は、原則、マイナンバー情報連携により行われ書面交付はありません。 |
|------------|----------------|---|

私は、上記のとおり申請します。

【小児慢性特定疾病児童等自立支援事業について】

上記事業の実施に必要な範囲で個人情報を委託事業者へ提供することに同意します。

【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： _____）に委任します。（*3）

申請者氏名 _____

日中連絡が可能な電話番号 _____ - _____ - _____ （自宅・父携帯・母携帯・その他）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 熊本県知事 様

*3 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。

| | |
|--|---|
| 現在お持ちの受給者証の記載内容に変更はありますか。 「 <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり」の場合は、下記に記入して下さい。 | <input type="checkbox"/> 変更なし(記入不要) <input type="checkbox"/> 変更あり(下記に記入) |
| < 変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/> > | |
| <input type="checkbox"/> 受診者氏名 | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 |
| <input type="checkbox"/> 受診者住所 | <input type="checkbox"/> 按分対象者の変更 |
| <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)氏名 | <input type="checkbox"/> その他(_____) |
| <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)住所 | |
| <input type="checkbox"/> 医療保険に関する事項(記号・番号、保険者番号) | |
| <input type="checkbox"/> 医療費支給認定基準世帯員 | |

* 上記に記載した変更内容は、現在お持ちの小児慢性特定疾病受給者証の有効期間終了日の翌日から適用されます。
 これより前に変更後の受給者証が必要な場合は、別途「小児慢性特定疾病支給認定変更申請(届出)書」を提出ください。

医療意見書情報の研究等への利用について同意をされる方は、別紙「医療意見書情報の研究等への利用について」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又は登録者証の申請に当たり、提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。 |
| 受診者／要支援者氏名 _____ |
| 申請者氏名 _____ (受診者／要支援者が本人の場合は、本人と記載) |
| 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 厚生労働大臣 様 |

* 県事務処理欄

| | | | |
|--|---|----------|--------------|
| 申請日(保健所受付日) | 県庁受付日 | アクセスキー | 同意の有無 |
| | | | 1,無 2,有 |
| 市町村民税(所得割)額 | 市町村民税額 非課税 | 非課税収入 | |
| | B:低I (~80万9千) C:低II | | |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他(_____) | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他(_____) | <保健所受付印> | <県庁受付印> |
| 意見書 | 重症 | 人工呼 | 住民票 |
| 保険区分同意書 | 他・小慢 | 他・特定 | 税証明 |
| | | | 保険証 |
| | | | その他(_____) |