

様式第1号(第2条関係) ★記入例(変更申請)★ ※下記及び裏面太枠内の該当箇所全てをご記入ください

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新(変更))					
公費負担番号(※1)	52168028	受給者番号(※1)	0501234		
フリガナ	タテヤマ ハナコ	性別	男	生年月日	平成26年4月5日(7歳)
氏名	立山 花子	性	男	生年月日	平成26年4月5日(7歳)
個人番号	個人番号カードを見てご記入下さい				
住所	〒939-8588 富山市蛸川459番地1			電話番号	076-428-1152
受診者	フリガナ	タテヤマ タロウ		受診者との関係	父
	被保険者氏名	立山 太郎		受診者との関係	父
	保険種別	協会・(組合)・船員・共済・国保(組合・一般・退職)			
	加入医療保険	被保険者証の記号・番号	1234567 123		
申請保護者	フリガナ	タテヤマ タロウ		受診者との関係	父
	氏名	立山 太郎		受診者との関係	父
	個人番号	個人番号カードを見てご記入下さい			
	住所(※2)	〒930-1234 富山市新桜町7番38号		電話番号	日中の連絡先
該当する階層区分	重症患者認定申請書、重症患者認定用診断書が必要です		低所得	一般所得Ⅱ・上位所得	
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/>	重症患者認定	<input checked="" type="checkbox"/>	高額かつ長期	
	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯内按分特例	
受診者と同じ医療保険に加入している世帯員(医療保険上の世帯)で、指定難病又は小児を養育している世帯員	氏名	人工呼吸器等装着者証明書が必要です		公費負担番号(指定難病・小慢)	51166007
	氏名	人工呼吸器等装着者証明書が必要です		受給者番号	0123456
疾病名(※3)	(認定済み) IgA腎症(追加又は変更) 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)				
	医療機関名	所在地		医療機関コード(*記入不要)	
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)	富山市民病院	富山市今泉北部町2番地1			
	富山薬局	富山市今泉北部町1234番地5			
	富山訪問看護ステーション	富山市蛸川1234番地5			
<p>いづれかに○をつけてください</p> <p>＜受診指定医療機関の変更・追加の場合＞ 変更・追加する病院、診療所、調剤薬局、訪問看護事業所をご記入ください これらは受給者証に記載され、記載された医療機関以外では使用できません</p>					
<p>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。 この申請に当たり認定時及び認定期間中の受給者管理に必要な住民記録情報や市民税情報について、貴職が調査することに同意します(※4)</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>申請者(保護者) 立山 太郎</p> <p>(宛先) 富山市保健所長</p> <p>裏面もご記入ください</p>					

- ※1 新規以外は記入。
- ※2 受診者と異なる場合に記入。
- ※3 申請する疾病が複数ある場合は、全ての疾病名を記入。
- ※4 同意しますの場合は、次の方の、下記添付書類「住民票」及び「市民税所得・課税証明書(非課税証明書)」の提出は不要。  
＜住民票＞申請時に富山市に住民票がある方 ＜市民税所得・課税証明書(非課税証明書)＞富山市に課税情報のある方

受付日	( / )
受付場所	保健所・( )保健福祉センター
受付者	( )

添付書類	自治体記入欄	保健所受付欄
1 小児慢性特定疾病医療意見書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
2 受診者及び保護者の属する世帯全員の住民票	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
3 医療意見書の研究利用についての同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
4 医療保険上の世帯員全員(被用者保険の場合は被保険者分のみ)の市民税所得・課税証明書(非課税証明書)または生活保護証明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
5 医療保険上の世帯員全員の健康保険証の写し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
6 同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
7 高額療養費の所得区分の確認に伴う必要書類(該当者のみ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	
8 自己負担上限額の特例の添付書類 重症: 申告書・診断書・身体障害者手帳 高額かつ長期: 証明する書類 人工呼吸器等装着: 証明書 世帯内按分: 受給者証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし メモ( )	

支給認定基準世帯員（医療保険上の世帯受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名（年齢）	受診者（ <b>立山 花子</b> （ 7 ） ）	受診者との続柄	本人
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	<b>立山 太郎</b> （ 40 ）	受診者との続柄	父
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	<b>立山 一郎</b> （ 68 ）	受診者との続柄	祖父
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名（年齢）	（ ）	受診者との続柄	
個人番号			

個人番号カードを見てご記入下さい

受付者記入欄

申請者本人の場合

① 本人の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
② 本人の番号確認 <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

申請者本人ではない場合（ ）

① 代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
② 申請者本人の番号確認 <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