

様式第1号(第2条関係) ★記入例(新規申請)★ ※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)		記入不要			受給者番号(※1)		記入不要			
受診者	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						個人番号	個人番号カードを見てご記入下さい。	
	住所	〒939-8588 富山市蟻川459番地1			電話番号	076-428-1152				
	フリガナ	タテヤマ タロウ				被保険者氏名	立山 太郎			受診者との関係
	加入医療保険	被保険者証の記号・番号	1234567 123				保険種別	協会・組合・船員・共済・国保(組合・一般・退職)		
フリガナ	タテヤマ タロウ			氏名	立山 太郎			受診者との関係	父	
個人番号	〒930-1234 富山市新桜町7番38号				電話番号(日中の連絡先は必ず記入)	-				
該当する階層区分	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									
自己負担上限月額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	重症患者認定			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期				
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input 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、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者 ※受診者の指定難病も含む	氏名				公費負担番号(指定難病・小慢)					
	氏名				受給者番号					
疾病名(※3)	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。)									
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	富山市民病院			所在地	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				富山市蟻川1234番地5				
<p>申請する小児慢性特定疾病で受診される病院、診療所、調剤薬局、訪問看護事業所を全てご記入ください。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(使用される際には、変更申請が必要です)</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。この申請にあたり、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(同意しません)(※4)</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>申請者(保護者) 氏名 立山 太郎</p> <p>(宛先) 富山市保健所長</p>										
裏面もご記入ください										

- ※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 自己負担上限月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()	

