

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受診者	フリガナ							生年月日			
	氏名							年	月	日生	
								(満 歳)			
住所	〒						電話番号	()			
		中野区		丁目		番		号			
		(マンション名等)									
加入医療保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・国保組合・生保							本人・家族		
	記号			番号			保険者番号				
疾病名	1	2					3				
月額負担上限額の特例(※1)	該当する項目に○を付けてください。		重症申請		人工呼吸器等装着		高額かつ長期		世帯内按分		
受診医療機関	名称					名称					
	所在地					所在地					
	名称					名称					
	所在地					所在地					
申請者	フリガナ							受診者との続柄			
	氏名							父・母・その他()			
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者の住所・電話番号と同じ場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください(記載省略可)。 ※ 受診者と異なる場合は、下欄に記入してください。									
		〒						電話番号	()		
		都道府県		区市町村		丁目		番 号			
	(マンション名等)										
今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しく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							氏名		(難病・小慢)受給者番号		
							氏名		(難病・小慢)受給者番号		
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 ※2							【左記の欄の申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】				
年 月 日							<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()				
中野区長 宛て							以下の項目に同意できない場合は、□の欄に×印を記載してください。				
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。							<input type="checkbox"/> 医療費支給認定のため、申請者、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民登録情報、税情報及び所得区分情報を確認します。また、医療意見書の確認のため、関係医療機関に照会します。				
年 月 日											
申請者氏名											

※1 重症申請…重症認定基準を満たしている、人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している、高額かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある、世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

※2 支給開始日は、申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載

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"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	収 受 印
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等の確認 <input type="checkbox"/> その他()	