

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

|                                                                                                                   |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------|--|---------|-------|--------|---|--|--|
| 申請区分                                                                                                              |                    | 新規 ・ 更新 ・ 変更                      |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | 受給者番号<br>(新規は記入不要) |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 受診者                                                                                                               | フリガナ               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  | 生年月日    | 平成・令和 |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | 氏名                 |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         | 年     | 月      | 日 |  |  |
|                                                                                                                   | 個人番号               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       | ( ) 歳  |   |  |  |
|                                                                                                                   | フリガナ               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | 住所                 | (郵便番号 - )<br><br>(電話番号 - - )      |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | 加入している医療保険         | 種別                                | 全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険 (一般 ・ 退職 ・ 組合) 生活保護 ・ その他 ( ) |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 記号及び番号                                                                                                            |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  | 保険者の名称             |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 受診者の保護者等                                                                                                          | フリガナ               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  | 受診者との続柄 |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | 氏名                 | ※受診者が18歳以上で、保護者と住所が同じである場合は記入不要。  |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | 個人番号               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   | フリガナ               |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  | 支給認定基準世帯員の氏名等及び特定医療費 (指定難病) または、小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は支給認定の申請の有無 |  |         |       | 裏面のとおり |   |  |  |
|                                                                                                                   | 住所 (受診者と同じ場合は記入不要) | (郵便番号 - )<br><br>(電話番号 - - )      |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 疾病名                                                                                                               |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 自己負担上限額の特例                                                                                                        |                    | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> 高額かつ長期                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   |                    | <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例  |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  | <input type="checkbox"/> 重症患者認定                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関 (医療機関だけでなく、薬局、訪問看護事業所もご記入ください)                                                              |                    | 医療機関名                             |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  | 所在地                                                          |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 今回申請する受診者に係る特定医療費 (指定難病) の支給認定又は支給認定の申請の有無                                                                        |                    |                                   |                                                                 | 有・無 |  | 病名                                                                                                                                                                                                                                        |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
|                                                                                                                   |                    |                                   |                                                                 |     |  | 特定医療費 (指定難病) の受給者番号                                                                                                                                                                                                                       |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 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 (更新の場合は、記入不要)                                                                   |                    | 年 月 日                             |                                                                 |     |  | 左欄の年月日が申請日から1箇月前の日より前の年月日である理由<br><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ ] |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、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。                                                         |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |
| 年 月 日 申請者 (受診者の保護者 ※受診者が18歳以上の場合は受診者本人)<br>住 所 (受診者と同じ場合は記入不要)<br><br>氏 名 ※日中連絡の取れる電話番号<br>( - - )<br><br>山形県知事 殿 |                    |                                   |                                                                 |     |  |                                                                                                                                                                                                                                           |  |                    |  |  |  |                                                              |  |         |       |        |   |  |  |

備考 1 該当する項目の□にレ印を記入すること。  
2 「申請区分」及び「種別」の欄については、該当するものを○で囲むこと。  
3 「今回申請する受診者に係る特定医療費 (指定難病) の支給認定又は支給認定の申請の有無」の欄については、該当するものを○で囲み、「有」を○で 囲んだ場合には、支給認定を受けている場合は病名及び受給者番号を、申請中の場合は病名を記入すること。  
4 支給開始日は、指定医が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の小児慢性特定疾病の状態が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日又は申請日の1箇月前 (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箇月前) の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能であるので、「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」については、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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すること。

|                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ※添付書類<br>①医師が作成した医療意見書<br>②医療保険証の写し (詳細は裏面を確認ください)<br>③受診者が加入している医療保険単位による世帯の市町村<br>村民税課税額確認書類<br>④保険者からの情報提供についての同意書<br>⑤医療意見書の研究利用についての同意書<br>⑥成長ホルモン治療用意見書 (成長ホルモン治療を行う場合) 等 |  | 注1 申請者は、受診者が18歳未満の場合は、県内に住民票のある保護者。受診者が18歳以上の場合は、県内に住民票がある受診者本人です。詳しくは裏面をご確認ください。<br>注2 指定小児慢性特定疾病医療機関の欄には、小児慢性特定疾病の治療のために今後も継続して治療を行う医療機関、薬局、訪問看護事業所名を全てご記入ください。指定医療機関については、医療機関等の所在地を管轄する都道府県等が指定しております。指定医療機関となっていない場合は、その医療機関で受給者証を使用できない場合もあります。詳しくは各保健所にお問い合わせください。<br>注3 同一世帯内に、小児慢性特定疾病医療費受給者及び特定医療費 (指定難病) 受給者がいる場合は、世帯内按分特例に該当しますので、必ず裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。<br>注4 人工呼吸器等装着に該当する場合は「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」の提出が必要です。<br>注5 個人番号と保護者の身元確認のため、個人番号カード等も必要です。詳しくは別紙をご確認ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|        |            |                            |  |  |  |      |        |        |      |         |           |
|--------|------------|----------------------------|--|--|--|------|--------|--------|------|---------|-----------|
| 保健所記入欄 | 市町村村民税所得割額 | 自己負担限度額<br>A B1 B2 C1 C2 D |  |  |  | 県記入欄 | 審査医適・否 | 審査医適・否 | 有効期間 | 自己負担限度額 | 高額療養費適用区分 |
|        |            | □按分                        |  |  |  |      |        |        |      |         |           |
|        |            | □重症 □人工呼吸器等 □血友病           |  |  |  |      |        |        |      |         |           |
|        |            | □高額かつ長期 □成長ホルモン            |  |  |  |      |        |        |      |         |           |

世 帯 調 書

| 氏 名 | 個人番号 | 受診者<br>との<br>続柄 | 生年月日                     | 特定医療費（指定難病）または、小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は支給認定の申請の有無 |
|-----|------|-----------------|--------------------------|---------------------------------------------|
|     |      | 本人              | (平成・令和)<br><br>年 月 日     |                                             |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |
|     |      |                 | (明・大・昭・平・令)<br><br>年 月 日 | 無 ・ 有 （特定医療費・小児慢性特定疾病医療費）<br>(病名及び受給者番号： )  |

備考 1 受診者と同じの世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全員記入すること。  
2 「特定医療費（指定難病）または、小児慢性特定疾病医療費の支給認定又は支給認定の申請の有無」の欄については、該当するものを○で囲むこと。「有」の場合は、病名及び受給者番号を記入し、申請中の場合は病名のみ記入すること。

<申請者について>

原則保護者(※1)の住民票のあるところでの申請(一部例外あり※2)となり、申請者は、保護者(※1)になります(※3)。

- ※1 保護者とは、①受診者が加入している医療保険の被保険者となっている方、②受診者と同一加入保険である保護者(受診者と同一の加入保険に複数の保護者がいる場合は収入が高い方)になります。
- ※2 但し、①保護者※1が単身赴任等の理由で県外に住民票がある場合でも、受診者か受診者を監護する保護者が県内に住民票がある場合、②保護者※1の住民票が県内にない場合で、受診者の住民票が県内にあり、現在山形県で受給している場合は、県内に申請することも可能です。
- ※3 受診者が18歳以上の場合、申請者は受診者本人となります。そのため、受診者本人の住民票のある都道府県等での申請となります。受診者本人による申請が難しく、ご家族等が申請する場合は、「委任状」が必要になります。

<添付書類チェックシート（下記1～4の該当するところに○をつけてください）>

- 1 患者さんが属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか？  
ア 受けている → 被用者保険(社会保険)に加入している場合は、患者さんの資格情報がわかるものの写しを提出してください。  
イ 受けていない → 2へ
- 2 患者さんが属する「世帯」は、住民税(市町村民税)が課税されていますか？  
ア 課税されている → 3へ  
イ 課税されていない → 3 と 4 へ
- 3 患者さんが加入している医療保険は？  
ア 国民健康保険、国民健康保険組合(医師国保、建設国保など)の方  
→ ①患者さんが属する「世帯」全員分の資格情報がわかるものの写し  
②患者さんが属する「世帯」全員分の市町村民税課税証明書(市町村民税所得割額、市町村民税均等割額、所得額が確認できるものに限る)
- イ 被用者保険(社会保険)の方(健保協会、組合、共済など)  
→ ①患者さんの資格情報がわかるものの写し  
②被保険者(被用者本人)の市町村民税課税証明書(市町村民税所得割額、市町村民税均等割額、所得額が確認できるものに限る)
- 4 受診者が属する「世帯」が非課税の場合、申請者(保護者または18歳以上の受診者)は障害年金や特別児童扶養手当などの収入(★)はありますか？  
ア ない  
イ あり→下記の書類も提出してください。下記の※にもご記入ください。

★障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当を受給されている方  
→★の令和4年分の受給金額の分かる書類(年金証書、振込通知書、認定通知書、通帳の写しなど)

|   |    |                      |   |                     |   |                              |   |    |
|---|----|----------------------|---|---------------------|---|------------------------------|---|----|
| ※ | 続柄 | 市町村民税課税証明書の所得金額<br>円 | + | 年金(障害・遺族)の年間金額<br>円 | + | 特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額<br>円 | = | 合計 |
|   | 続柄 | 市町村民税課税証明書の所得金額<br>円 | + | 年金(障害・遺族)の年間金額<br>円 | + | 特別児童扶養手当及び特別障害者手当等の年間金額<br>円 | = | 合計 |