

情報連携する
(※1)

情報連携しない

受給者番号
(※2)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）(※3)

受診者	ふりがな					生年月日			年齢
	氏名					年	月	日	歳
	住所	〒 三重県							
	個人番号								
加入医療保険 <input type="checkbox"/> 前回申請時と同じ	被保険者証発行機関名					保険種別 (※4)	国保・国組被(本人)・被(家族)生保・その他()		
	被保険者証の記号・番号						受診者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	
	ふりがな								
	被保険者氏名								
申請者(保護者) (※5)	ふりがな					受診者との関係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		
	氏名						<input type="checkbox"/> その他()		
	住所	〒							
	個人番号					電話	(自宅)		
疾患区分(※6)		疾病名(診断名)							
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※7)			<input type="checkbox"/>	重症患者認定(※8)			
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着(※9)			<input type="checkbox"/>	先天性血液凝固因子障害等(血友病等)			
受診を希望する指定医療機関	名称				所在地				
診断年月日	年 月 日		【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合、その理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()						
登録者(証)情報(※10)	<input type="checkbox"/>	連携する		<input type="checkbox"/>	連携しない		受付欄		
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。									
年 月 日									
申請者(保護者)氏名 _____ (※11)									
三重県知事 あて									

医療意見書の研究利用についての同意をされる方は、別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、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の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

年 月 日

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

厚生労働大臣 あて

※1 該当者全員の個人番号を記載いただき、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書の提出を省略できます。

※2 更新の方のみ記入をしてください。

※3 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。

裏面も記載してください

(裏面)

- ※4 「国保」は国民健康保険、「国組」は国民健康保険組合、「被(本人)」は被用者保険(患者が被保険者)「被(家族)」は被用者保険(患者以外が被保険者)(例:組合管掌健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険、地方職員共済組合等)、「生保」は生活保護の略です。
- ※5 成年患者が更新申請を行う場合は、受診者との関係は「その他(本人)」とし、電話番号以外の項目は「同上」とすることができます。
- ※6 悪性新生物は「01」、慢性腎疾患群は「02」、慢性呼吸器疾患群は「03」、慢性心疾患群は「04」、内分泌疾患群は「05」、膠原病は「06」、糖尿病は「07」、先天性代謝異常は「08」、血液疾患群は「09」、免疫疾患群は「10」、神経・筋疾患群は「11」、慢性消化器疾患群は「12」、染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群は「13」、皮膚疾患群は「14」、骨系統疾患群は「15」、脈管系疾患群は「16」を記入してください。
- ※7 高額な医療が長期的に継続する場合をいい、小児慢性特定疾病に係る医療費総額が5万円/月(例えば医療保険2割負担の場合、医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある方が対象となります。
- ※8 重症患者認定基準に適合する方が該当します。
- ※9 長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限される方が該当します。
- ※10 「連携する」をチェックした場合、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(証)情報を確認することができます。
- ※11 申請者(保護者)氏名について、被用者保険で被保険者が非課税の場合、収入の高い保護者を申請者として記入ください。

○世帯調書(住民票上の世帯全員について記載してください。住民票が別でも、保護者の方及び受診者と同じ医療保険に加入している方が他にいる場合には、その方も記入してください。ただし、個人番号については、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している被保険者の方のみ記入してください。)

世帯員氏名 個人番号	受診者との 続柄	年齢	医療保健の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地 (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人			国保・国組 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無		都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

保護者のうち最も収入が多い方の収入金額について記入してください。

なお、下の表に記入されているもの以外の収入(児童手当等)については記入する必要はありません。

保護者氏名(最も収入が高い方)

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※12)
1 年金	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、寡婦年金、障害年金	年額 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 円

※12 記入する収入金額…新規申請:1月から6月の申請一前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請一前年(1月から12月まで)の収入金額
更新申請:前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。

受診者住所以外の宛先に受給者証等の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

住所 _____

氏名 _____ 受診者との続柄 _____

電話番号 _____

保健所使用欄	本人確認方法
来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書 <input type="checkbox"/> その他()	確認者