

小児慢性特定疾病医療費支給認定(更新)申請書							
受 診 者	フリガナ			性別	男・女	歳	生年月日
	氏名						年
	居住地					電話番号	
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄	
		保険種別				被保険者証の 記号・番号	
被保険者証 発行機関名							
所在地							
申 請 者	フリガナ				続柄		
	氏名						
	※居住地				※電話番号		
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"/>	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			
今回申請する受診者と同じ医療保険に加入する世帯内にいる者のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請中の者を含む。)					有(氏名) ・ 無		
疾病名							
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			所在地・電話番号			
受給者番号 (更新の場合のみ記入)			今回申請する受診者が指定難病の 医療費助成対象者の場合(申請中 の場合を含む。)		有 ・ 無		
			指定難病の受給者番号				
児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。							
平成 年 月 日							
申請者氏名						⑨	
(あて先)長崎市長							

備考

- 1 申請する受診者と同じ医療保険に加入する世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者がいる場合、自己負担上限月額を世帯内で按分するため、該当する場合、「世帯内按分特例」欄を☑としてください。
- 2 ※印の欄は、受診者と異なる場合に記入してください。
- 3 申請者氏名の欄は、記名押印に代えて署名することができます。

医療費支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)について太枠の中を記入してください。

(血友病等先天性血液凝固因子障害疾患の場合は記入不要です。)

受診者との続柄	氏名	指定難病の有無	小児慢性特定疾病の有無	受給者番号 ※有の場合のみ記入	指定難病・小児慢性特定疾病の自己負担 ※記載不要
本人		有・無・申請中	/		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円
		有・無・申請中	有・無・申請中		円

◆ 申請時の受給者の状況について (該当するものに○をつけてください。)

- 1 在宅 (①就労 ②就学 ③その他 ())))
 2 入所
 3 入院
 4 その他 ())

◆ 身体障害者手帳の有無について (該当するものに○をつけてください。)

- 1 身体障害者手帳 ①あり (等級: 級) (障害種別:) ②なし
 2 療育手帳 ①あり (等級: 級) ②なし
 3 精神通院手帳 ①あり (等級: 級) ②なし

◆ こども健康課の保健師に相談したい事項について (有・無)

※ 「有」の場合は該当するものに○を付け、具体的な相談内容をご記入ください。

- ①医療 ②家庭看護 ③福祉制度 ④就学 ⑤食事、栄養 ⑥歯科 ⑦その他