

保健所 記入欄	区分：新規・継続・疾患追加・疾患変更・転入	特例：無・重症・呼吸器等・高額・按分（ ）
	複数疾患：なし・あり（ ）	
	階層：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・友（ ）	成長ホルモン：無・有
	診断日： / /	遡り：1か月・それ以上（ ）
審査会： /	承認・不承認・返戻（ ）	

様式第8号（第6条、第9条関係）

（表）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請日 年 月 日

（提出先）  
川越市長

申請者 住 所  
フリガナ  
氏 名  
個人番号  
電話番号  
受診者との続柄

※既に提出済みの場合は記入不要です。

次のとおり小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更
受給者番号			
受診者	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日（ 歳）	
	個人番号		
	住所	郵便番号 電話番号（ ）	
	疾病名 （意見書の診断名）	身体障害者 手帳の有無	有（ 級）・無
加入している 医療保険等	被保険者氏名	受診者との続柄	
	保険者名称		
	記号・番号		
受診を希望する 指定医療機関、 薬局又は訪問看護 事業者	名称	所在地	
	名称	所在地	
該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得		
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	<input type="checkbox"/> 重症患者	<input type="checkbox"/> 高額治療継続者
	<input type="checkbox"/> 世帯内あん分特例 有（氏名 ） ・ 無		
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	年 月 日		
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が、申請日から1箇月以上前の場合においては、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"/> 症状の悪化により、申請書の準備等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、申請書の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他（ ）		

- 備考
- 「申請の種類」、「該当する所得区分」及び「自己負担上限額の特例」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。
  - 「受給者番号」の欄は、申請の種類が更新又は変更の場合に記入してください。
  - 「受診者」の欄は、申請者が受診者本人である場合、氏名、フリガナ、個人番号及び住所の項目の記入は不要です。
  - 「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」の欄は、指定医が医療意見書に記載した診断年月日又は申請日から1箇月前（やむを得ない理由による場合は、3箇月前）の同じ日（同じ日がない場合は、その月の末日）のいずれか遅い日を記入してください。なお、「申請の種類」が更新の場合には、原則記入は不要です。
  - 「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」が、申請日から1箇月以上前の場合においては、その理由」の欄は、当該年月日がやむを得ない理由により申請日から1箇月以上前の日となる場合に、該当する□にレ印を記入してください。

(裏)

※印欄は、記入しないでください。

受診者氏名		※階層
-------	--	-----

受診者本人と同一の医療保険に加入する世帯構成員

世帯構成員の氏名	続柄	生年月日	難病の患者に対する医療等に関する法律の規定による指定難病・小児慢性特定疾病医療費受給の別	※備考
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				

受診者本人と同一の医療保険に加入する世帯構成員で住所が異なるもの

世帯構成員の氏名	続柄	生年月日	難病の患者に対する医療等に関する法律の規定による指定難病・小児慢性特定疾病医療費受給の別	※備考
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
住 所				
			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
個人番号				
住 所				

受診者本人と同一住所に居住し、加入する医療保険が受診者本人と異なる世帯員

氏 名	続柄	生年月日		※備考

<個人情報等に係る同意事項について>

私は、本申請（申請書、医療意見書及び添付書類）に基づく調査結果及び個人情報について、次の事項に同意します。

- 1 国、川越市が小児慢性特定疾病に関する目的で使用すること。
- 2 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療の給付に関する事項の照会を行い、回答を得ること。
- 3 他の都道府県等へ転出をする場合等に転出先の都道府県等に引き継ぐこと。

年 月 日

受診者氏名

代理人氏名

※ 受診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、代理人氏名を記入してください。