

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

事務処理欄

重症(有・無)人工呼吸器(有・無)
階層( )月額( 円)
保照 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/>

(提出先)  
川越市長

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		性別	生年月日
	氏名		男・女	年月日
	個人番号			( 歳)
	住所	〒 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
(申請者) 保護者	氏名		受診者との続柄	
	個人番号			
	住所	〒 電話番号 ( )		
加入している 医療保険の 被保険者証	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	①名称		②名称	
	所在地		所在地	
	③名称		④名称	
	所在地		所在地	
	⑤名称		⑥名称	
	所在地		所在地	
生活保護について	<input type="checkbox"/> 現在受給中である <input type="checkbox"/> 受給していない			
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"/> 世帯内按分特例 有 (氏名 ) ・ 無			

<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

1. 治療研究基礎資料として厚生労働省に提供すること
2. 川越市が私の世帯の住民基本台帳、住民税課税状況を閲覧すること
3. 他の都道府県等に転居する場合に転居先都道府県等に引き継ぐこと
4. 国、川越市が小児慢性特定疾病に関わる目的で使用すること

5. 国、地方自治体、保険者等の関係機関に医療給付に関わる事項の照会を行い、回答を得ることに同意したうえで、上記小児慢性特定疾病の医療給付を受けたいので別紙関係書類を添えて申請します。  
※本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に係る目的以外に使用することはありません。

年 月 日

申請者氏名 (自署)

(裏)

以下の欄は、 の部分のみ記入してください。

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
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			<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	

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	指定難病・小児慢性特定疾病医療費受給の別	※備考
個人番号			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
住所:				
個人番号			<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病	
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