

（表面）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・継続）

小児慢性特定疾病児童等	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女	歳	年 月 日	
	居住地	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> 保護者と異なる住所()				
	医療保険	被保険者証等に記載されている記号及び番号		保険者名称		
		記号 番号	<input type="checkbox"/> 和歌山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会_____支部 <input type="checkbox"/> その他()			
個人番号						
保護者	フリガナ	小児慢性特定疾病児童等との続柄				
	氏名	父・母・その他()				
	居住地	〒 - 和歌山市				
	電話番号	自宅 - -	携帯 - -	(父・母)		
	個人番号					
小児慢性特定疾病の名称						
指定小児慢性特定疾病医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）として希望するものの名称及び所在地	名 称			所 在 地		
小児慢性特定疾病児童等が高額治療継続者等に該当するかどうかについて	該当・非該当	高額治療継続者（高額かつ長期） （児童福祉法施行規則第7条の9第1項第8号関係）				
	該当・非該当	療養負担過重患者（重症患者認定） （児童福祉法施行規則第7条の9第1項第9号関係）				
	該当・非該当	人工呼吸器等装着者 （児童福祉法施行規則第7条の9第1項第10号関係）				
児童福祉法第19条の3第1項の規定により小児慢性特定疾病医療費の支給認定を申請します。 申請者氏名 年 月 日						

この欄には、次の方の氏名などを記載してください。
 ○国民健康保険の場合・・・同じ保険加入者全員
 ○国民健康保険以外の場合(社会保険、共済など)・・・被保険者(又は組合員)のみ

(裏面)

医療費支給認定基準世帯員

氏名	小児慢性特定疾病 児童等との続柄	個人番号			

今回の申請に係る小児慢性特定疾病児童等が難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）による支給認定を受けた指定難病の患者である場合は、次の欄に受給者番号を記載してください。

難病法による医療受給者証に記載されている受給者番号									
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

今回の申請に係る医療費算定対象世帯員に医療費支給認定を受けた小児慢性特定疾病児童等又は難病法による支給認定を受けた指定難病の患者がいる場合は、次の欄に該当する事項を記載してください。

該当する制度の別	医療費算定対象世帯員の氏名	受給者番号						
小児慢性特定疾病・指定難病								
小児慢性特定疾病・指定難病								

医療費支給認定基準世帯員及び小児慢性特定疾病児童等のいずれもが市民税非課税の場合は、申請する保護者の前年（1月から6月までの申請の場合は前々年）の年金等の受給状況について下記のうち該当する内容をチェックしてください。

また、申請する保護者の前年（1月から6月までの申請の場合は前々年）中の地方税法上の所得金額及び年金等の収入金額を合わせた額が80万円以下である場合は、必ずチェックを入れた年金等の受給金額を確認できるもの（振込通知書の写し、振込先通帳の振込金額記載部分の写し等）を添付してください。

所得の状況に関する事項	<input type="checkbox"/>	児童福祉法施行規則第7条の5第1号から第7号までに掲げる障害年金等を受給している。
	<input type="checkbox"/>	児童福祉法施行規則第7条の5第8号に掲げる特別障害給付金を受給している。
	<input type="checkbox"/>	児童福祉法施行規則第7条の5第9号から第11号までに掲げる労災による補償等を受けている。
	<input type="checkbox"/>	児童福祉法施行規則第7条の5第12号に掲げる特別児童扶養手当、障害児福祉手当等を受給している。
	<input type="checkbox"/>	上記の年金等はいずれも受給していない。