

収受印押印欄	区分： 新規（転入・転帰） ・ 継続 ・ 変更（疾病追加・疾病変更・上限月額）
員記入欄	不番号 IV ・ V ・ VI ・ 友 適用区分：
	特例： 無 ・ 重 ・ 高 ・ 呼 ・ 按
	登録者証： あり ・ なし 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日
	交付日： 年 月 日

# 赤枠内のご記入をお願いいたします

## 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・継続）

記入日をご記入ください

申請者とは、受診者の保護者かつ原則として受診者の被保険者または扶養者となります。

受診者と申請者が別住所の場合は健康増進課までご相談ください。

ただし、受診者が18歳以上の場合は受診者本人が申請者となります。

令和△年 ○月 ×日

申請者(注1) 住所 郵便番号 332-0026  
川口市南町1-9-20

フリガナ カワグチ タロウ  
氏名 川口 太郎

個人番号 012345678901

電話番号 090-\*\*\*-\*\*\*\*

受診者との続柄 父

小児慢性特定疾病受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	※他の疾病で支給を受けている場合又は継続・変更申請の場合に記入してください。
フリガナ	カワグチ ケンゾウ							
氏名	川口 健増							
受住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 郵便番号							
診生年月日	令和△年 ○月 ×日 ( □ 歳)			個人番号	987654321098			
加入医療保険等	フリガナ	加入医療保険が被用者保険の場合：被保険者の情報を記入 国民健康保険(川口市国保)の場合：受診者本人の情報を記入 国民健康保険組合の場合：受診者本人の情報を記入						
医療意見書の疾病名(注2)	医療意見書の記載のとおりにご記入ください							
登録者証申請(注3)	申請する		申請しない					
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(注4、5)	年 月 日		継続申請の場合は不要です					
	人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期					
	世帯内按分特例		<input type="checkbox"/> 重症患者認定					

←いずれかを選択してください  
登録者証は、小児慢性特定疾病にかかっている児童等が地域における自立した日常生活の支援のための施策を円滑に利用できるようにするものです。

該当するものがあれば、チェックし、証明に必要な書類を添付してください。

受診を希望する指定医療機関	名称	所在地	電話番号
	〇〇クリニック	川口市〇〇1-1-1	048-***-****
	△△薬局	川口市△△2-2-2	048-***-****
	□□訪問看護ステーション	川口市□□3-3-3	048-***-****
受診を希望する医療機関は、指定小児慢性特定疾病医療機関ですか？			
※裏面の記入もお願いします			

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）

- 1 受診者と同じの医療保険に加入する者（被保険者証の記号・番号が受診者と同じかた）全員を記入してください。同居・別居は問いません。
- 2 受診者が国民健康保険に加入している場合であって、次に掲げる者が後期高齢者医療に加入している場合は、健康保険が異なりますが、同一の支給認定世帯とみなすため記入してください。
  - (1) 受診者が18歳未満の児童の場合、申請者
  - (2) 受診者が18歳以上の成年患者の場合、満18歳到達前に当該成年患者の申請者であった者で、満18歳到達後においても同様の関係にあると認められるもの
- 3 個人番号は、受診者及び受診者と同じの健康保険に加入する者のうち、被保険者（2の後期高齢者医療の被保険者を含む）のみ記入してください。

世帯員氏名 個人番号	住所 (受診者と異なる場合に記入)	受診者との続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病受給者は該当するものにチェックし、受給者番号を記入（申請中を含む。）	個人番号を照会することに同意する場合にチェック（注7）	事務処理欄
川口 健増 987654321098		本人	令和△年○月×日	<input type="checkbox"/> 指定難病（今回申請する小児慢性疾患以外の指定難病）	<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
川口 太郎 012345678901		父	平成△年○月×日	<input type="checkbox"/> 小児慢性（ ） <input type="checkbox"/> 指定難病（ ）	<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
川口 花子 123456789010		母	平成△年○月×日	<input type="checkbox"/> 小児慢性（ ） <input type="checkbox"/> 指定難病（ ）	<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
個人番号は、申請者と受診者を記入し、個人番号を確認できるもの（マイナンバーカードの写し、個人番号入りの住民票）を提出してください。ただし、川口市国保、国民健康保険組合に加入しているかたは、記号・番号が同じかた全員分が必要です。					<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
				<input type="checkbox"/> 指定難病（ ）	<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
				<input type="checkbox"/> 小児慢性（ ） <input type="checkbox"/> 指定難病（ ）	<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
チェックと氏名記載することで、課税（非課税）証明書の提出を省略できる場合があります。					<input type="checkbox"/>	1/1所在地 □川口市 □市外（ ）均・所（ ）扶
						均・所 合計額

以下に該当する場合は、該当する項目にチェックし申請者氏名を記入してください。

- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定に伴う階層区分の判定にあたって、支給認定世帯全員の収入の状況、課税状況、生活保護受給状況その他の支給の認定に必要な情報について、川口市が公簿等により確認し、又は関係機関に照会することに同意します。
- 支給認定世帯が海外在住等により所得状況等を証明する書類の提出が困難なため、自己負担上限額の階層区分が上位所得になることを承諾し、証明する書類は提出しません。（加入する医療保険が国民健康保険組合の場合は省略できません。）
- 市町村民税が非課税の場合（非課税証明書等の提出が必要）で申請者の「収入」が80万円を超えるため、自己負担上限額の階層がⅢとなることを承諾し、各種年金・特別児童扶養手当等の証明書は提出しません。

申請者氏名 川口 太郎

該当項目はありませんか？

申請に関する連絡先及び送付先（申請者以外の場合に記入してください。）

フリガナ	カワグチ ハナコ	受診者との続柄	母
氏名	川口 花子	電話番号	080-***-****
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 郵便番号		

(注1) 必ず保護者（原則として被保険者、川口市国保健康保険・国民健康保険組合の場合は扶養者）または成年患者が申請してください。保護者が記載した場合は、受給者証に保護者として記載されます。保護者が受診者と別住所の場合やその他記入に迷う場合は健康増進課にご相談ください。

(注2) 複数の疾病がある場合は全て記入してください。疾患群の異なる疾病や同じ疾患群でも治療内容の異なる疾病については疾病毎の医療意見書の提出が必要です。

(注3) 「申請する」を選択した場合、市区町村が個人番号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情報を確認することがあります。

(注4) 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日（ただし遡り期間は原則申請日から1月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3月前）の同じ日まで遡って申請することが可能です。

(注5) 継続申請の場合は、原則記入不要です。

(注6) 特例に該当する場合は、証明する書類を提出してください。

(注7) 個人番号を川口市が公簿等により照会することに同意する場合はチェックしてください。