

職員 記入欄	区分： 新規・継続・疾病追加・疾病変更・転帰・転入	特例：無・重症・高・呼吸器等・按分
	複数疾病：なし・あり（疾病番号：	）
	階層： I・II・III・IV・V・VI・友	成長ホルモン：無・有

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

(あて先)

川口市長

年 月 日

申請者 居住地 〒

児童福祉法第19条の3第1項の規定により、(注1)
個人情報等に係る同意事項(注5)に同意した上で、
次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請
します。

フリガナ
氏名 (注2)

個人番号
電話番号(日中連絡が取れる番号)
受診者との続柄

受 診 者	小児慢性特定疾病 受給者番号							} ※他の疾病で支給を受けている場合及び 継続申請の場合に記入してください。	
	フリガナ 氏名	姓		名					
	居住地 (申請者と同じ場合は省略可)	〒							
	生年月日	H・R		年		月		日(歳)	
	加入医療保険等	フリガナ 被保険者氏名				受診者との 続柄			
		保険者名称				記号・番号			
小児慢性 特定疾病名(注3)									
自己負担上限月額の特例 (該当するものに○)(注4)	重症患者(高額治療継続者・療養負担過重患者)・人工呼吸器等装着者								
下に該当する場合は氏名の記入または□にチェックをお願いします。									
<ul style="list-style-type: none"> 支給認定世帯の課税状況を市で閲覧することに同意します。→ <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額の階層がVI(最高額)となることを承諾し、所得状況等を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。) 申請者氏名 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、自己負担上限月額の階層が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 									
申請に関する連絡及び送付先(申請者以外の場合に記入してください。)									
フリガナ					受診者との 続柄				
氏名					電話番号		(日中連絡の取れる番号)		
居住地	〒								

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6、7)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []
---	-------	--

- (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) 申請者氏名については、記名又は申請者本人の自筆による記入のいずれかになります。
- (注3) 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4) 特例に該当する場合は、併せて重症患者認定申請を行ってください。
- (注5) 本申請（申請書、医療意見書その他の添付書類）に基づく個人情報を、国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療費の支給に関する事項の照会を行う場合に提出し、回答を得ること。
- (注6) 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ヶ月前（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か月前）の同じ日まで遡って申請することが可能。
- (注7) 更新の場合は、原則記入不要。