

地域県民局長 殿

申請者氏名

医療費支給認定（変更認定）申請書

医療費支給認定（医療費支給認定の変更の認定）を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項（第19条の5第1項）の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請の区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更		医療受給者証の 受給者番号								
保護者	ふりがな						小児慢性特 定疾病児童 等との続柄					
	氏名											
	個人番号											
	居住地	〒					電話番号					
小児慢性 特定 疾病 児童 等	ふりがな				年 齢	歳	生年月日					
	氏名						年 月 日					
	個人番号											
	居住地	〒			電話 番号							
	加入医療 保 険	保険者名										
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組		被保険者証 記号・番号								
	被保険者 氏名			小児慢性特定疾病 児童等との続柄								
申請に係る小 児慢性特定疾 病の名称												
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 月額の特例		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/> 高額治療継続						
		<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例				<input type="checkbox"/> 療養負担過重						
小児慢性特定疾病児童等と同じ医 療保険に加入している小児慢性特 定疾病又は指定難病の医療費助成 を受けている者又は申請中のもの		<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難		氏名		小児慢性特定疾病 児童等との続柄			受給者番号			
希望する指定小児慢性特定疾病医療機関												
医療機関名						所在地						
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 ※更新時は記入不要		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"/> 診断書（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、申請に係る書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他（ ）								
所得区分（県記入欄）				生保・低1・低2・一般1・一般2・上位								
自己負担上限月額の特例（県記入欄）				人工呼吸器等装着・高額治療継続・世帯内按分特例・療養負担過重								

## 世帯調書

氏名		小児慢性特定疾病児童等との続柄	個人番号	医療保険の種別
氏名		本人	/	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組
氏名				<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組
氏名				<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組
氏名				<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組
氏名				<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組

注1 該当する口には、レ印を記入すること。

2 「更新」とは、医療費支給認定を受けたことがある保護者が、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等と同一の児童等及び当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病と同一の疾病について、当該医療費支給認定の有効期間中に再度医療費支給認定を申請する場合をいう。

3 「保護者」の欄は、申請者が成年患者の場合には記入しないこと。

4 「小児慢性特定疾病児童等」の欄の「居住地」及び「電話番号」は、「保護者」の欄の記載内容と異なる場合に記入すること。

5 「医療受給者証の受給者番号」の欄は、更新又は変更の申請の場合に記入すること。

6 「該当する所得区分」の欄については、次により、該当する口にレ印を記入すること。

イ 「生活保護」 小児慢性特定疾病児童等が属する世帯が生活保護受給世帯である場合

ロ 「低所得Ⅰ」 小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者が本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税を課されない者（免除された者を含む。）であり、かつ、保護者の前年（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が1月から6月までの間にあるときは、前々年）の収入が80万円以下である場合

ハ 「低所得Ⅱ」 小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者が本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税を課されない者（免除された者を含む。）である場合

ニ 「一般所得Ⅰ」 小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が4月から6月まで間にあるときは、前年度）分の市町村民税の所得割の合計額が7万1千円未満である場合

ホ 「一般所得Ⅱ」 小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税の所得割の合計額が7万1千円以上25万1千円未満である場合

ヘ 「上位所得」 小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度）の市町村民税の所得割の合計額が25万1千円以上である場合

7 「自己負担上限月額の特例」の欄については、次により、該当する口にレ印を記入すること。

イ 「人工呼吸器等装着」 小児慢性特定疾病児童等が「人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者」として長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、日常生活動作が著しく制限されている者である場合

ロ 「高額治療継続」 小児慢性特定疾病児童等が「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者」として、小児慢性特定疾病医療支援に係る月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者である場合

ハ 「世帯内按分特例」 小児慢性特定疾病児童等が指定難病の患者である場合又は小児慢性特定疾病児童等と生計を一にする者が指定難病の患者若しくは小児慢性特定疾病児童等である場合

ニ 「療養負担過重」 小児慢性特定疾病児童等が申請に係る小児慢性特定疾病による身体の状態又は当該疾病に係る治療の内容に照らして療養に係る負担が特に重い者として厚生労働大臣が定める者に該当する場合

8 「世帯調書」の欄には、小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険である場合は、小児慢性特定疾病児童等及び小児慢性特定疾病児童等と同じ国民健康保険に加入する者（小児慢性特定疾病児童等と同一の世帯に属する者に限る。）を記載し、小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険以外である場合は、小児慢性特定疾病児童等及び小児慢性特定疾病児童等と同じ医療保険の被保険者（被扶養者を除く。）を記載すること。また、保護者が後期高齢者医療の被保険者である場合（小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険である場合に限る。）は、保護者も記載すること。

9 変更の申請の場合は、「小児慢性特定疾病児童等」の欄に記入するほか、変更となる事項の欄に変更後の内容を記入すること。

10 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。