

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）

受 診 児	フリガナ		年 齢	生 年 月 日		
	氏 名		歳	年 月 日		
	個人番号		電話番号	— —		
	住 所	〒				
	疾 病 名					
	加入医療保険	フリガナ		受診児との続柄		
被 保 険 者 氏 名						
保 険 者 名 称						
記 号 ・ 番 号			生活保護 受給の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
支給認定世帯（受診者と同じ医療保険に加入する者）内の 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を 受けている者もしくは申請中の者			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有（氏名 受給者番号（			
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	年 月 日	※支給開始日は、原則として医療意見書の診断年月日（記載内容を診断した日）または申請日の1ヶ月前のいずれか遅い日（申請日に近い日）となります。なお、やむを得ない理由がある場合は、最長で申請日の3ヶ月前まで遡ることができます。				
【上記が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】						
<input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため						
<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため						
<input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため						
<input type="checkbox"/> その他〔						
支給認定世帯の市区町村民税 ※申請日が1月～6月の場合は前年度、7月～12月の場合は今年度のもの			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> わからない			
申請者の前年中（※2）の 障害年金・遺族年金・ その他の給付金等 ※上記で「非課税」または「わからない」を選択した場合のみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（名称：	左記の該当年 （1～12月） の合計金額		円 <input type="checkbox"/> 合計金額がわかる書類を省略するため、 階層区分が低所得Ⅱ以上となることに 合意します。		
小児慢性特定疾病児童手帳交付希望の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 再交付希望			
私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。						
申請者 氏 名			受診児との続柄			
（※3）個人番号			（			
（※3）住 所						
（※3）電話番号			— —			
年 月 日			山梨県知事 殿			
<input type="checkbox"/> 受給者証や各種通知類等の送付を裏面の住所に希望します。						
※原則として、児童福祉法に係る医療給付の申請者になれるのは、①18歳未満の受診児の保護者（同じ医療保険に加入する者が優先）②18歳以上の受診児本人に限られます。						
※受給者証などの送付先を別に希望される場合は、上記□にチェックを入れて裏面に住所等を記入してください。						

別紙様式第7号「医療意見書情報の研究等への利用について」をご確認頂き、医療意見書情報の研究等への利用について同意をされる方は、以下にご署名ください。なお、同意の有無が支給認定の審査に影響することはありません。

<保健所収受印>

私は、小児慢性特定疾病医療費支給の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

受診児署名

代理人署名（※4）

年 月 日 厚生労働大臣 殿

裏面に続く

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をつけること。更新・変更の場合は受給者番号も記載すること

※2 届出日が1月～6月の場合は前々年中、7～12月の場合は前年中のもの

※3 受診児＝申請者の場合は省略可能

※4 患者が未成年等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、ご署名ください。

(裏面)

	支給認定基準世帯員		生年月日	年齢	受診児との続柄	1月1日に居住していた市区町村(※5)
	受診児氏名	表面のとおり			本人	
支給認定世帯	フリガナ		年 月 日			
	世帯員氏名					
	個人番号					
	フリガナ		年 月 日			
	世帯員氏名					
	個人番号					
	フリガナ		年 月 日			
	世帯員氏名					
	個人番号					
	フリガナ		年 月 日			
	世帯員氏名					
	個人番号					
	フリガナ		年 月 日			
	世帯員氏名					
	個人番号					
	フリガナ		年 月 日			
世帯員氏名						
個人番号						
フリガナ		年 月 日				
世帯員氏名						
個人番号						

(指定)医療機関 (訪問看護事業者等を含む)	医療機関名	所在地

※5 1月～6月に申請する場合は前年、7月～12月に申請する場合は当年の1月1日時点で居住していた市区町村

希望する住所等の送付を 受給者証等の送付を 希望する住所等(※6)	フリガナ		申請者との続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	日中連絡がとれる連絡先 (電話番号)			

※6 表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載

【保健所記入欄】

申請者確認事項	<input type="checkbox"/> 番号確認	<input type="checkbox"/> 身元確認	<input type="checkbox"/> 代理権確認
特例の申請	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 重症患者	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着
申請日の1ヶ月前	年 月 日	診断年月日	年 月 日