

小児慢性特定疾病医療費支給認定等申請書 (更新)											
受診者	受給者番号										
	フリガナ					年 齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名							年 月 日			
	住 所	〒					電話 番号				
	加 入 医 療 保 険	フリガナ					受診者との続柄				
		被保険者氏名									
保 険 種 別						医療保険各法等の 記号・番号					
保 険 者 名 称											
		<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 ※生活保護受給者で医療保険に加入している場合は上記にも記入									
疾 病 名											
自己負担上限額の特例等	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。					現在 特例 認定 等の 状況			
	<input type="checkbox"/>	高 額 か つ 長 期	申請日の属する月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療支援に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。								
	<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定	重症患者認定基準に該当した。								
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で難病の医療費助成を受けている又は申請中である。									
	<input type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる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又は申請中の者	受 給 者 番 号					(難病・小慢)			
		氏 名									
		受 給 者 番 号					(難病・小慢)				
		氏 名									
登 録 者 証		<input type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない									
申 請 者	愛媛県_____保健所長 様 上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 厚生労働大臣 様 医療意見書の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。										
	_____年 月 日 住 所 _____ _____氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)(電話番号 _____)										
※住所、電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要											



[保健所記入欄]	人・高・重・按

様式第1号の2(裏面)

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 ※受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入				
	世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄	当年1月1日時点住所地 ※現在と異なる場合のみ記入	[保健所記入欄]
			本人	市・区 町・村	
				市・区 町・村	
				市・区 町・村	
				市・区 町・村	
保護者年収について	※上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合のみ該当するものを選択。				
	<input type="checkbox"/>	保護者年収(受診者が18歳以上の場合)は本人) 80万円超			
研究利用同意	<input type="checkbox"/>	保護者年収(受診者が18歳以上の場合)は本人) 80万円以下 ※受給がある場合は証明書の提出が必要			
	<input type="checkbox"/>	非課税収入なし			
	<input type="checkbox"/>	障害年金あり <input type="checkbox"/> 遺族年金あり <input type="checkbox"/> 特別障害者手当あり <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当あり			
申請時点の状況	別添「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書の研究等への利用についてのご説明」を確認し、本申請にあ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研究の推進及び政策の立案のために利用されることに				
	<input type="checkbox"/>	同意する <input type="checkbox"/> 同意しない			
	生活状況	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(等級____級) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				

*申請に関する問合せ先について

問合せ先	<input type="checkbox"/> 受診者	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号
	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他			
		()		

*受給者証等の送付先について(変更がある場合は右欄に記載してください。)

	変更後の送付先	
	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	
	〒 住所: 氏名: ※受診者本人と同居の場合は住所の記載不要	

*備考

--

[保健所記入欄]	A・B1・B2・C1・C2・D・@
----------	-------------------