

## 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

受給者番号 ※2		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
疾患群 ※3	01 悪性 新生物	02 慢性 腎 疾患群	03 慢性 呼吸器 疾患群	04 慢性 心 疾患群	05 内分泌 疾患	06 膠原病	07 糖尿病	08 先天性 代謝 異常	09 血液 疾患	10 免疫 疾患	11 神経・ 筋 疾患	12 慢性 消化器 疾患群	13 染色体又は 遺伝子に変化を 伴う症候群	14 皮膚 疾患	15 骨系統 疾患	16 脈管系 疾患	
疾病名 ※3																	
受診者	ふりがな						個人番号			性別	年齢	生年月日					
	氏名									男・女	歳						
	住所	〒(      -      )								電話番号							
							個人番号			受診者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在地（県市町村名）※4						
	氏名										(同上)						
受	保険種別	協会けんぽ ・ 健保組合 ・ 共済 ・ 生活保護(証明書要)							記号								
		国保( 市町村 ・ 国保組合 )							番号								
	保険者名								保険者番号								
診 者 加 入 医 療 保 険	受診者と同じ医療保険の 被保険者氏名・かな (市町村国保・国保組合の場合 は加入する方全員の氏名)	生年月日 (和暦)	個人番号 (上記あれば記載不要)			受診者との 続柄	申請年1/1時点の 住民票所在地 (県市町村名)※4	指定難病又は小児慢 性特定疾病の有無 (申請中の者含む) ※5	指定難病・小児慢性 特定疾病の自己負担額 ※保健所記入								
	受診者	—	—			本人	—	—	—								
	かな)							無・有(難病)	円								
	かな)							無・有(難病)	円								
	かな)							無・有(難病)	円								
	かな)							無・有(難病)	円								
	かな)							無・有(難病)	円								
	かな)							無・有(難病)	円								
自己負担上限額の特例 (該当に☑)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例															
「医療意見書の診断日」もしくは 「申請日から最大3ヶ月前の日」 のいずれか遅い日		年 月 日			<b>【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】</b> <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												
上記の日に支給廻りを希望するか		<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない															
申請書のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。																	
申 請 者	ふりがな						個人番号 ※7			受診者との続柄	電話番号						
	氏名																
	住所 ※6	〒(      -      )					生年月日			申請年1/1時点の 住民票所在地 (県市町村名)※4	(同左)						
						(同上)			年 月 日								
年 月 日										大分県知事 殿							
<b>*裏面にも記載欄があります。</b>																	
<small>※1 変更の場合は、受給者番号、有効期間、受診者欄、申請日、申請者欄、及び変更があった事項を記入すること。          ※2 現在、所持している受給者証の受給者番号及び有効期間を記入すること。    ※3 添付する医療意見書の疾患群と細分類病名を記入。          ※4 申請年1月1日時点の住民票所在地が現住所と異なる場合に記入。    ※5 有の場合、該当者の受給者証の写しと医療保険の資格情報が確認できる資料を提出すること。          ※6 受診者本人と異なる場合に記入。    ※7 その他の欄に記載あれば省略可能。</small>																	

**\*裏面にも記載欄があります。**

受診を希望する指定医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む)	該当に○	医療機関名	所在地	追加・取消の場合(いずれかに○をつけてください。)
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消
	病・薬局 診			追加・取消

**委任状**

申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

年 月 日

代理人氏名： (受診者との続柄： ) ※8

代理人生年月日：

代理人住所：

大分県知事 殿

※8 申請者本人が窓口に来所できない場合、委任(代理人氏名を記入)し、を入れること。

保健所記入	経由保健所	番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カードまたは通知カード <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他( )	申請者身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真貼付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他( )
	担当者名		

添付書類	<input type="checkbox"/> 医療意見書 <input type="checkbox"/> 研究利用についての同意書 <input type="checkbox"/> 受診者、申請者等の医療保険の資格情報が確認できる資料 受診者の加入する医療保険が 国保…受診者及び同一医療保険加入者全員分 社保…被保険者の分 <input type="checkbox"/> 障害年金・特別児童扶養手当等に関する調書 (該当の収入等がある場合はその添付書類)	該当者のみ <input type="checkbox"/> 重症患者認定申請書 (医療意見書・障害年金証明書・身体障害者手帳) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者申請時添付書類 <input type="checkbox"/> 小慢受給後、直近1年内の診療明細や領収書等 <input type="checkbox"/> 受診者や医療保険世帯内の指定難病や小慢の患者の受給者証と医療保険の資格情報が確認できる資料 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受給証(血友病A・B)
	<input type="checkbox"/> 申請者の番号確認ができる書類(個人番号カード、通知カード等) <input type="checkbox"/> 申請者(代理人)の身元確認ができる書類(個人番号カード、運転免許証等) <input type="checkbox"/> お持ちの小児慢性特定疾病医療受給者証(変更・更新時)	

<変更の場合の添付・確認書類等>

- 疾病の追加…医療意見書
- 氏名の変更…戸籍抄本
- 住所の変更…住所変更当日に手続きする場合は住民票
- 加入保険の変更…受診者の医療保険の資格情報が確認できる資料
  - ・国保の場合、加入世帯全員分が必要
  - ・社保の場合、被保険者の分
  - ・上記対象者が市町村民税非課税の場合は、申請者の分、および、障害年金・特別児童扶養手当等に関する調書(該当があれば通帳のコピー等の添付書類)
- 按分対象者…該当患者の受給者証と医療保険の資格情報が確認できる資料

階層区分	自己負担上限月額(患者負担割合:2割、外来+入院)			
		一般	重症(※)	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等			0
II	市町村民税非課税	低所得I(～80.9万円)	1,250	
III		低所得II(80.9万円超～)	2,500	
IV	一般所得I(～市町村民税7.1万円未満)	5,000	2,500	500
V	一般所得II(～市町村民税25.1万円未満)	10,000	5,000	
VI	一般所得III(市町村民税25.1万円以上)	15,000	10,000	
入院時の食事療養費			1/2自己負担	

※①高額治療継続者[医療費総額が5万円/月(例えば、医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある場合]  
 ②療養負担加重患者、のいずれかに該当。