

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

(対象児)	受給者番号	記入不要です。				いずれかに ○をつけてください	新規・転入・更新・変更			
	フリガナ	オカヤマ タロウ				生年月日	平成	□年	7月	1日
	氏名	岡山 太郎					令和	(満)	才)	
	住所	〒702-8005 岡山市 北 区 鹿田町1-1-1				チェックを入れてください。				
	電話番号①	090-1234-5678				電話番号②	086-123-4567			
	疾病名	☒ 医療意見書に同じ								
	加入医療保険	☐ コピーのとおり ☒ マイナ健康保険証のみ ☐ 生活保護								
(保護者)	保険者名称	全国健康保険協会 ○○				マイナ保険証のみで資料の添付が無い場合は、被保険者氏名を必ず記入してください。				
	被保険者氏名	岡山 一郎				番号・校番	123 987654 01			
(申請者)	フリガナ	オカヤマ イチロウ				受診者との続柄	父・母 その他()			
	氏名	岡山 一郎				該当する項目にチェックを入れてください。				
自己負担上限額の特例	住所	区								
	☐ ①人工呼吸器等装着	別途、人工呼吸器等装着者証明書の提出が必要								
	☒ ②重症患者認定	別途、重症患者認定申告書の提出が必要								
	☐ ③高額かつ長期	新規申請者は非該当。別途、医療費を証明する書類の提出が必要								
	☒ ④世帯内按分特例	按分対象者の受給者証のコピーの提出が必要								
	按分対象者氏名				受給区分		受給者番号			
	岡山 一郎				指定難病 小児慢性		9876543			
					指定難病 小児慢性					
上記疾病について、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 申請後、岡山市が、私及び世帯員の個人市民税課税状況、医療保険加入状況、特別児童手当等について閲覧、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。また、個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参が無かった場合等は、住民基本台帳に基づき、岡山市にて照会することに同意します。なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。 自己負担上限月額の階層区分の決定にあたり、市町村民税に係る申告をしていない場合(未申告)・市町村民税に関する書類を提出できない場合(海外赴任等)で、市町村民税の課税額の確認ができない場合は、自己負担上限月額の階層区分が「上位所得」となることに同意します。また、支給認定基準世帯が非課税であることの確認はできるが、本人の年収状況が確認できない場合は、自己負担上限月額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることに同意します。 岡 山 市 長 いずれかに、チェックを入れてください。 令和○ 年 9 月 10 日 申請者氏名 岡山 一郎 【受給者証送付先】 ☒ 申請者住所 ☐ 受診者住所 ☐ その他(〒 —)										

保健所記入欄	階層区分	生保 一般Ⅰ	低Ⅰ 一般Ⅱ	低Ⅱ 上位	自己負担上限月額	多群 重症 人工呼吸器 血友 高額長期	按分(難病 小慢)	適用区分	保健所受理日
					円				
	診断年月日	年	月	日	開始日	年	月	日	申立書
備考									

■受診を希望する指定医療機関※小児慢性の指定医療機関であれば、記載された医療機関以外でも受給者証の使用が可能です。

医療機関名	所在地
岡山市病院	岡山市北区大供1丁目1-1
受診中または受診を希望する医療機関を1ヶ所以上記入してください。	

■支給認定基準世帯員(国保・国保組合の方は加入者全員、社保(協会けんぽ・共済 等)の方は受診者本人と被保険者、生保の方は受診者本人のみ)

氏名・生年月日	受診者 との続柄	個人番号(マイナンバー)	1月1日(1～6月は前年の1月1日)時点の住所
岡山 太郎 令和□年 7月 1日生	本人	1234 5678 9012 3456 □前回提供分から変更なし	☐ 現住所と同じ ☒ 別住所(○○県△△市××町1-1-1)
岡山 一郎 平成△年 5月 1日生	父	9876 5432 1098 7654 □前回提供分から変更なし	☐ 現住所と同じ ☒ 別住所(○○県△△市××町1-1-1)
年 月 日生			☐ 現住所と同じ ☐ 別住所()
年 月 日生		□前回提供分から変更なし	☐ 別住所()
年 月 日生		□前回提供分から変更なし	☐ 現住所と同じ ☐ 別住所()

岡山市に税情報がない方について、課税状況を照会するために記入が必要です。

■収入申告

世帯の市町村民税(所得割・均等割)が「非課税」の場合のみ、下記の設問に☑を入れて回答してください。

(1)申請者(保護者)の方は、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の非課税の収入がありますか。

☒非課税の収入はない。→設問(2)以降は回答不要です。

☐非課税の収入がある。→設問(2)に進んでください。

(2)申請者が受け取っている非課税の収入のうち、該当するものに☑を入れてください。

☐ 障害(基礎・厚生・共済)年金	☐ 遺族(基礎・厚生・共済)年金	☐ 寡婦年金	☐ 障害手当金
☐ 障害(補償)給付	☐ 障害(補償)一時金	☐ 特別障害給付金	☐ 特別障害者手当
☒ 特別児童扶養手当(1級・2級)	☒ 障害児福祉手当	☐ 経過的福祉手当	
☐ 上記の中に該当する収入はない。設問(2)以降は回答不要です。			

(3)(2)でお尋ねした非課税の収入

下記の条件を全て満たす方のみ、金額の記入が必要です。

- ・非課税世帯である。
- ・申請者に、(2)に掲げているいずれかの非課税収入がある。
- ・申請者の年間収入額が80万9千円以下である。

☐申請者の年間収入額は80万9千円以下である。

☒申請者の年間収入額は80万9千円以下である。

→(2)で☑をした非課税の収入の年額の確認できる書類(振込通知書等)があればコピーを提出してください。

また、年額を記入してください。(

円)※添付書類が無い場合は、必ず年額を記入

○医療意見書の研究利用等に関する同意(厚生労働省)

別紙「医療意見書の研究利用等に関するご説明」とおり、小児慢性特定疾病の医療費助成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する場合は、記名をお願いします。

受診者(対象児)氏名 岡山 太郎

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も署名してください。

代理人(申請者)氏名 岡山 一郎