

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

(対象児) 受診者	受給者番号								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								生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 才)
	氏名									
	住所	〒 ー 岡山市 区								
	疾病名	<input type="checkbox"/> 医療意見書に同じ								
	加入 医療保険	<input type="checkbox"/> コピーのとおり <input type="checkbox"/> マイナ健康保険証のみ <input type="checkbox"/> 生活保護								
保険者名称								記号 番号・枝番		
被保険者氏名										
(保護者) 申請者	フリガナ								受診者との続柄	父・母 その他()
	氏名									
	住所	〒 ー 岡山市 区 <input type="checkbox"/> 受診者に同じ(✓を付けた場合、記入不要)								
	電話番号①	ー ー ー			電話番号②	ー ー				
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> ①人工呼吸器等装着		別途、人工呼吸器等装着者証明書提出が必要							
	<input type="checkbox"/> ②重症患者認定		別途、重症患者認定申告書の提出が必要							
	<input type="checkbox"/> 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							
	<input type="checkbox"/> 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				
			指定難病 小児慢性							
			指定難病 小児慢性							
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>自己負担上限月額の特例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特例区分が「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特例区分が「低所得Ⅱ」となることに同意します。</p>										
<p>岡 山 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p> <p>【受給者証送付先】 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 受診者住所</p> <p><input type="checkbox"/> その他(〒 ー)</p>										

保健所記入欄	階層区分	生保 低Ⅰ 低Ⅱ 一般Ⅰ 一般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

■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
年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()

■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。

<input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金	<input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金	<input type="checkbox"/> 寡婦年金	<input type="checkbox"/> 障害手当金
<input type="checkbox"/> 障害(補償)給付	<input type="checkbox"/> 障害(補償)一時金	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	
<input type="checkbox"/> 上記の中に該当する収入はない。→設問(3)以降は回答不要です。			

(3)(2)でお尋ねした非課税の収入を含めて、申請者の年間収入額は80万円を超えていますか。

申請者の年間収入額は80万円を超えている。→設問は以上です。

申請者の年間収入額は80万円以下である。

→(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)の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)

○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 _____

※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 _____