

市 記 入 欄	新規・継続・再登録・転入・病名変更	特例：無・重・呼・高・按
	疾病数（ ）疾患群（ ）	1月1日時点：市内・市外
	I・II・III・IV・V・VI・友 指定医 <input type="checkbox"/>	入力 <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/>
	診断日（ 月 日）支給開始決定（ 月 日）※1ヶ月超の場合の理由 該当・非該当	
	審査会（所・審査月日）認定・返戻 備考：	

第1号様式の2（第2条の3関係）

小児慢性特定疾病医療費支給申請書（兼）登録者証交付申請書

年 月 日

越谷市長 宛

(注1)

受診者が18歳未満の場合

…保護者(原則として被保険者、市町村国保の場合は扶養者)が申請してください。

受診者が18歳以上の場合

…本人が申請できます。

保護者が申請する場合は委任状が必要です。

申 請 者	フリガナ		受診者との関係	
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒		
	電話番号			

児童福祉法第19条の3第1項の規定により、次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給及び登録者証の交付を申請します。

受 診 者 又 は 要 支 援 者	フリガナ	生 年 月 日			
	氏 名	年 月 日 歳			
	居 住 地 (申請者と同じ場合は省略可)	〒			
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄	
		被保険者証発行機関名			
		記号・番号			
小児慢性特定疾病名					
自己負担上限月額の特例 (該当するものに○)	重症患者認定 ・ 人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 世帯内按分特例 <input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書 <input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書 <input type="checkbox"/> 重症患者認定申告書 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着者証明書 <input type="checkbox"/> 月額管理表の写し				
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(※1)	年 月 日	【左記の年月日が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他〔 〕			
登録者証の申請(※2)	申請する ・ 申請しない				
申請に関する連絡先(申請者以外の場合に記入してください。)					
フリガナ 氏 名	続柄()	電話番号	(日中連絡の取れる番号)		

※1 医療意見書に記載された診断年月日等の指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日、又は申請日の1か月前の日(やむを得ない理由により申請を行うことができなかった場合は、3か月前の日)のいずれか遅い日を記載してください。

※2 「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

【継続用】 新しい自己負担上限月額管理票(青い手帳)の送付 要 ・ 不要

(月額管理票は続けて使用できます。翌年9月までに記入欄が不足する場合は「要」に○を付けてください)

(裏面に続く)

(裏面) 支給認定基準世帯員及び医療機関確認書

<受診者と同じ公的医療保険に加入する方全員(医療費支給認定基準世帯員)>

- 1 受診者本人と同一の公的医療保険(以下「健康保険」)に加入する方(健康保険の被保険者証の記号・番号が受診者と同じ方)全員を記入してください。(同居・別居は関係ありません。)
- 2 受診者本人が国民健康保険(市町村)又は国民健康保険組合に加入している場合で、保護者が後期高齢者医療の被保険者の場合は、健康保険が異なりますが、保護者も記入してください。

世帯員氏名 個人番号	続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病 受給者は該当するものに☑(申請中を含む)	左記の 受給者番号	市記入欄	
					市町村民税 (所得割)	按分前後の 自己負担 上限月額
受診者	本人	表面のとおり	<input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する小児慢性 疾病以外の指定難病)			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			
					所得割合計	

<受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関>

受診を希望する病院、診療所、薬局又は訪問看護ステーションを全て記入してください。

該当する場合は☑		<input type="checkbox"/> 院外薬局の利用はない	
名称	①	②	
所在地			
名称	③	④	
所在地			
名称	⑤	⑥	
所在地			
名称	⑦	⑧	
所在地			
名称	⑨	⑩	
所在地			

個人情報等に係る同意事項(申請前に必ずご確認ください。)

私は、本申請(申請書、診断書及び添付書類)に基づく調査結果等及び個人情報を、

1. 他の都道府県等に転居する場合に転居先都道府県等に引き継ぐこと
2. 国、越谷市が小児慢性特定疾病に関わる目的に使用すること
3. 国、地方自治体、保険者等の関係機関に医療給付にかかわる事項の照会を行い、回答を得ること

また、個人番号の確認が必要な場合について、番号法第14条第2項の規定により提供をもとめることに同意したうえで、上記小児慢性特定疾病の医療給付を受けたいので別紙関係書類を添えて申請します。
※本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に係る目的以外に使用することはありません。

上記の同意事項について確認したので申請します。(確認後左の☐にチェックしてください)