

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

| | | | | |
|--|---|--|--|---------|
| 申請区分 変更事由 *該当するものに ○を付ける。 | 新規・転入・更新・変更・再交付(棄損・紛失) 疾病変更・追加(疾病・人工呼吸・重症・高額・世帯按分) 保険変更・その他() | 受給者番号 *新規、転入の場合は記入不要 | | |
| 受 診 者 | フリガナ | 生年月日 | 年齢 | |
| | 氏名 | 年 月 日 | 歳 | |
| | 住所 | 日中に連絡が取れる電話番号 (自宅) (携帯) | | |
| | 加入する医療保険等 *該当する番号に○を付ける。 | 医療保険の内容 | 被保険者氏名(世帯主・組合員) | 受診者との続柄 |
| | 1 被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合等) 2 市町村国民健康保険(市町村国保) 3 国民健康保険組合(業種別国保組合) 4 その他() 5 生活保護 | 記号 | 番号 | 保険者の名称 |
| 疾病名 | *認定を受けようとする疾病をすべて記入してください。(医療意見書の疾病名を記入) | | | |
| 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日(医療意見書の「診断年月日」以降の日)を記入してください。 ※1 年 月 日 | | 左記の支給開始日が、申請日から1か月以上前の日である場合は、右のうち該当する理由に☑等を記入してください。 <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"/> 大規模災害で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() | | |
| 受診指定医療機関 | 名称 | *主に受診する医療機関1か所を記入してください。 | | |
| | | 所在地 | | |
| 自己負担上 限額の特例 *該当するものに ☑を付け、氏名 等を記入する。 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 ※2 | | <input type="checkbox"/> 重症患者認定基準に該当 ※2 | |
| | <input type="checkbox"/> 受診者が指定難病(特定医療費)の認定を受けている。(申請中を含む。ただし、小児慢性特定疾病の認定疾病と同じ疾病である場合を除く。) | | 指定難病(特定医療費)の受給者番号 | |
| | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ医療保険に加入する者が、小児慢性特定疾病医療費又は指定難病(特定医療費)の認定を受けている。(申請中を含む) | 氏名 | <input type="checkbox"/> 小慢・ <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢・ <input type="checkbox"/> 難病 | 受給者番号 |
| 申 請 者 | 京都府知事様 上記及び裏面に記載のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。 また、この支給認定に必要なときは、京都府が医療機関又は関係自治体に対し医療意見書又は支給認定に関する情報を確認することに同意します。 年 月 日 | | | |
| | *受診者が18歳以上の場合は、受診者本人が申請者となります。その場合は「氏名」欄に「本人」とのみ記入してください。(裏面「世帯調査」も同じ。) | | | |
| | フリガナ | 受診者との続柄 | 日中に連絡が取れる電話番号 (自宅) (携帯) | |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ住所 *☑を付けた場合、住所の記入は不要 | 〒 | --- | |

※1 医療費助成の開始日は、医療意見書の「診断年月日」又は申請日から1か月前(やむを得ない理由がある場合は最大3か月前)の日のいずれか遅い日です。

※2 医療意見書において「人工呼吸器等装着者認定基準」又は「重症患者認定基準」に該当すると記載されていることを確認し、☑を付けてください。

◆裏面も必ず記載してください。

処理欄 ※この欄は記入しないでください。

| | | | | | | | | | | | |
|----------|------|--------------------------|------|----|--------------------------|------|--------|---|-----|-------|------|
| 審査 | | 疾病 | 人呼 | 重症 | 高額 | 按分 | 友 | 不 | 開始日 | 年 月 日 | |
| | | 疾病 | 人呼 | 重症 | 高額 | 按分 | 友 | 不 | | 年 月 日 | |
| 階 層 | I | II | III | IV | V | VI | 負担上限月額 | | | 円 | 適用区分 |
| | 登録済 | <input type="checkbox"/> | 番号確認 | | <input type="checkbox"/> | (摘要) | | | | | |
| 個人 番号 | 今回確認 | <input type="checkbox"/> | 本人確認 | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | 未登録 | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

| |
|-------|
| 受付印 |
| |
| 持参・郵送 |

■世帯調書(受診者と同じ医療保険に加入する者(医療費支給認定基準世帯員))

下記の者は、京都府が京都府小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づく事務処理に必要な地方税及び医療保険加入関係情報の取得及び住民基本台帳関係公簿の閲覧を行うことに同意します。本書の複写は無効であり、小児慢性特定疾病医療費支給認定に関する事務に限り同意することを申し添えます。

| 区分 | フリガナ 氏名 | 受診者との 続柄 | 個人番号及び生年月日 | 1月1日現在の住所 *3 *現住所と異なる場合に 記入する。 |
|-------------------|------------|-------------|------------|--------------------------------------|
| 受診者 | | 本人 | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| 申請者 | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| その他の世帯員 (被保険者) | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |
| | | | 年 月 日 (歳) | 都道府県 市区町村 |

※3 1月～6月に申請する場合は前年の1月1日現在の住所を記入してください。(現住所と異なる場合のみ記入)

■課税状況等及び転入に関する申立て

※ 該当がある場合は☐を付けてください。(転入の場合は☑及び転入日等を記入)

| | | | |
|-------------|------------------------------|---|-------|
| 自己負担額に係る申立て | 上位所得の申立て | <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額が上位所得区分(階層区分Ⅵ)となることを承諾し、市町村民税課税証明書を提出しない。(新規(転入)申請で、国民健康保険組合(業種別園保組合)に加入し、同組合が課税証明書の提出を必要とする場合を除く。) | |
| | 非課税世帯の収入状況 *いずれか1つに☑を付ける。 | <input type="checkbox"/> ア 市町村民税非課税世帯であり、申請者が障害年金、特別児童扶養手当等(児童福祉法施行令第22条第1項第5号に規定する厚生労働省令で定める給付)を受給している。(前年(1月から6月までに申請する場合は前々年)の受給額が分かる証書等の写しを提出) | |
| | | <input type="checkbox"/> イ 市町村民税非課税世帯であり、障害年金、特別児童扶養手当等を含む申請者の年収(児童福祉法施行令第22条第1項第5号に規定する給付等の合計額)が82万6,500円を超えるため、自己負担上限月額が低所得Ⅱ区分(階層区分Ⅲ)となることを承諾し、障害年金、特別児童扶養手当等の証書等の写しは提出しない。 | |
| | | <input type="checkbox"/> ウ 市町村民税非課税世帯であり、申請者は障害年金、特別児童扶養手当等(児童福祉法施行令第22条第1項第5号に規定する厚生労働省令で定める給付)を受給していない。 | |
| 転入状況 | 転入日(住民票の「住民となった日」) 年 月 日 | 転入前の医療費助成自治体 | 受給者番号 |

■研究利用の同意

※ 別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用について」をお読みいただき、同意される場合は署名してください。(同意は任意であり、同意の有無が支給認定に影響することはありません。)

厚生労働大臣 様

私は、別紙の説明を読み、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します。

年 月 日 (住所) _____

(患者署名) _____

※ 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、可能な限り本人にも確認したうえで、代理人も署名してください。

(代理人署名) _____

■申請の委任

※ 申請者以外の方(代理人)が申請書類を窓口へ提出する場合は、申請者がすべての事項を直筆で記入してください。

京都府知事 様

私は、下記の者に、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請及び変更届並びに個人番号の提供・利用等に関する権限を委任します。

年 月 日 (申請者氏名) _____

(代理人住所) _____

(代理人氏名) _____ (申請者との続柄) _____