

| | | | |
|-------|---|-------|---|
| 職員記入欄 | 1新規・2県外転入・3更新・4変更・5記載事項変更・6世帯状況届出 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 更新忘 <input type="checkbox"/> 再登録 <input type="checkbox"/> 個番不可 <input type="checkbox"/> 研同不可 <input type="checkbox"/> 非開希望 |
| | <input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 病名追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 <input type="checkbox"/> 重症(新・継) <input type="checkbox"/> 人工(新・継) <input type="checkbox"/> 高額長期(新・継) <input type="checkbox"/> 按分(適用・解除) <input type="checkbox"/> 成長木(新・継) | | |
| | □更新保険者照会(社保非課税・国保組合・社保昨年非課税・更新保険変更同時・保険者照会結果待ち) | | |

別紙様式第1号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 **新規** 県外転入・更新・変更・記載事項変更届出・世帯状況届出)

※変更・記載事項変更届出の場合は、受給者番号・受診者情報氏名を記入の上、変更となる部分のみをご記入ください。

| | | | | | | | | |
|--|---|------|----------------|---|---------|------------------------|----|--|
| 1. 受診者情報 | | | | 受給者番号 | | | | |
| フリガナ | トチギ | | ハナコ | | 年齢 | 生年月日 | | |
| 氏名 | 姓 栃木 | 名 花子 | 〇〇歳 | 平成 令和 | 〇年 | 〇月 | 〇日 | |
| 郵便番号 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 | | 日中連絡を取りやすい電話番号 | 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | | | | |
| 住所(市町名から記入) | 〇〇市〇〇町1-1 | | | | | | | |
| 2. 受診者加入医療保険情報 | | | | | | | | |
| フリガナ | トチギ | | マルオ | | 受診者との続柄 | 本人 ・父 ・母・その他() | | |
| 被保険者氏名 | 姓 栃木 | 名 丸男 | | | | | | |
| 保険者番号 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | |
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | | 〇〇 | | | | | |
| 保険種別 | 協会けんぽ ・組合健保・共済・国保(一般)・国保(退職)・国保組合・後期高齢・その他・生活保護(未加入) | | | | 番号 | 〇〇〇〇 | | |
| 3. 疾患等情報 | | | | | | | | |
| 疾病名 | 〇〇〇症 | | | | | | | |
| 自己負担上限額の特例(該当する場合□にチェックを記入) | | | | 該当する場合□にチェックを記入 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 重症患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 按分申請(適用・解除) | | | | <input type="checkbox"/> 病名追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 <input type="checkbox"/> 成長ホルモン | | | | |
| 4. 申請者(保護者又は成年患者)情報 | | | | | | | | |
| フリガナ | トチギ | | マルオ | | 受診者との続柄 | 本人 ・父 ・母・その他() | | |
| 氏名 | 姓 栃木 | 名 丸男 | | | | | | |
| 郵便番号 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 | | 日中連絡を取りやすい電話番号 | 〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | | | | |
| 住所(市町名から記入) | 〇〇市〇〇町1-1 | | | | | | | |
| 5. 郵送先情報(4.申請者情報に記載する住所と書類の郵送先が異なる場合のみ記入) | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | 受診者との続柄 | 本人・父・母・その他() | | |
| 氏名 | 姓 | 名 | | | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | | 日中連絡を取りやすい電話番号 | | | | | |
| 住所(市町名から記入) | | | | | | | | |
| 栃木県知事様 本書のとおり申請します。 | | | | | | 受理印 | | |
| 〇年 〇月 〇日 申請者(保護者又は成年患者)氏名 栃木 丸男 | | | | | | | | |
| 厚生労働大臣様 私は、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した医療意見書が、別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」とおり、小児慢性特定疾病の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。 | | | | | | | | |
| 〇年 〇月 〇日 申請者(保護者又は成年患者)氏名 栃木 丸男 | | | | | | | | |

マイナンバー制度ではDV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能です。希望される方は右の太線枠内に、チェックを記入してください。

※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

申請情報については、医療相談会のお知らせ等に利用させていただきます。なお、お知らせ等が不要な方は提出先の各健康福祉センターへご連絡ください。

6. 受診を希望する指定医療機関（追加・削除する場合のみ記入）

| | 名称 | 所在地（市区町村名から記入） | 1 追加 2 削除 |
|---|--------------|----------------|--------------|
| ① | 〇〇病院 | 〇〇市〇〇町1-2 | 1 |
| ② | 〇〇クリニック | 〇〇市〇〇町1-3 | 1 |
| ③ | 〇〇薬局〇〇店 | 〇〇市〇〇町1-4 | 1 |
| ④ | 〇〇訪問看護ステーション | 〇〇市〇〇町1-5 | 1 |
| ⑤ | | | |
| ⑥ | | | |
| ⑦ | | | |
| ⑧ | | | |

7. 支給認定世帯（住民票上同一世帯で受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入）

※加入保険が協会けんぽ、組合健保、共済の場合は住民票上の世帯に関わらず、本人と被保険者を記入(本人が被保険者の場合は、本人のみ記入。本人が被扶養者の場合は、按分申請をする場合を除き、本人以外の被扶養者は記入不要。)
 ※生活保護で医療保険に加入していない場合や支給認定世帯に保護者が含まれない場合であっても、個人番号取得のため本人及び保護者の情報を記入。（個人番号提出済の場合は、記入不要。）

| | 世帯員氏名 (フリガナ不要) | | 患者 との 続柄 | 生年月日 | 市区町村民税所得割額 ※税証明書提出者のみ記入 | 小児慢性又は指定難病 の受給者に該当する場合 (□にチェックと受給者番号を記入) |
|-----------|-------------------|---------|----------------|----------------------|----------------------------|--|
| ① (本人) | 姓 栃木 | 名 花子 | 本人 | 平成〇年〇月〇日 令和 | 円 | <input type="checkbox"/> 指定難病 本人の小慢は按分対象外 |
| | | | 個人番号 | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 | 受給者番号 | |
| ② | 姓 栃木 | 名 丸男 | 父 | 昭和 平成〇年〇月〇日 令和 | 円 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 |
| | | | 個人番号 | 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 | 受給者番号 | |
| ③ | 姓 | 名 | | 昭和 平成 年 月 日 令和 | 円 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 |
| | | | 個人番号 | | 受給者番号 | |
| ④ | 姓 | 名 | | 昭和 平成 年 月 日 令和 | 円 | <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病 |
| | | | 個人番号 | | 受給者番号 | |

8. 階層区分等（職員記入欄）

| 市町村民税所得割額合計 | | 円 | 階層区分 | | 備考 |
|-------------|----------------|-------------|--|--|----|
| 非課税 の場合 | 保護者又は成年患者の年間収入 | 円 | A生活保護・ B1(低Ⅰ)・B2(低Ⅱ)・ C1(一般Ⅰ)・C2(一般Ⅱ)・ D(上位)・Z(血友病) | | |
| | 障害年金等給付(有・無) | 円 | | | |
| 世帯員変更(有・無) | | 階層区分変更(有・無) | | | |