

職員記入欄	1新規・2県外転入・3更新・4変更	職員記入欄のため、記入は不要になります。	<input type="checkbox"/> 非開希望
	5記載		<input type="checkbox"/> 新・継
	<input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 更新		

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		受診者情報の記入。		受給者番号		新規は記入不要です。	
フリガナ	トチギ	タロウ	年齢	生年月日			
氏名	姓 栃木	名 太郎	歳	平成 令和	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
郵便番号	〒320-8501		日中連絡を取りやすい電話番号				
住所(市町名から記入)	宇都宮市埴田1-1-20		・国民健康保険等の場合で、保険者番号が8桁未満の場合は、左詰で記入してください。				
2. 受診者加入医療保険情報		保険証を参考に記入。					
フリガナ	トチギ	シロウ	受診者との続柄		本人・父・母・その他()		
被保険者氏名	姓 栃木	名 次郎					
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	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		番号		〇〇〇〇〇		
3. 疾患等情報		医療意見書(診断書)を参考に、記入。(1枚目の上部に疾病名が記載されています)					
疾病名	〇〇〇〇〇症						
自己負担上限額の特例(該当する場合口にチェックを記入)				該当する場合口にチェックを記入			
<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		申請者情報の記入。					
フリガナ	トチギ	シロウ	受診者との続柄		本人・父・母・その他()		
氏名	姓 栃木	名 次郎					
郵便番号	〒320-8501		日中連絡を取りやすい電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
住所(市町名から記入)	宇都宮市埴田1-1-20						
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	本人・父・母・						

※該当者のみ

「5. 郵送先情報」は、「4. 申請者情報」に記入した住所と別の住所に受給者証等郵送物を届けてもらいたい場合のみ、氏名等を記入してください。

栃木県知事様 本	申請者の氏名を記入してください。(※押印不要)	栃木 次郎	受理印
----------	-------------------------	-------	-----

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。
 〇〇年〇月〇日 申請者(保護者又は成年患者)氏名 栃木 次郎

お読みいただき、該当がある場合☑を記入。

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(所住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	〇〇病院	〇〇市〇〇町1-1
②	申請する疾病に付随する治療について、受診をする指定医療機関を記入してください。	
③		

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 太郎	本人	平成〇年〇月〇日 令和	〇〇〇〇〇円	<input type="checkbox"/> 指定難病 本人の小慢は按分対象外
			個人番号		受給者番号	
②	姓 栃木	名 二郎		昭和〇年〇月〇日 平成 令和	〇〇〇〇〇円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
			個人番号		受給者番号	
③	姓 栃木	名 花子		昭和〇年〇月〇日 平成 令和	〇〇〇〇〇円	<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 令和 年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
			個人番号		受給者番号	

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(※)	令和〇年〇月〇日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input checked="" type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要した <input type="checkbox"/> 症状悪化等により申請書類の準備や提出に時間を要した <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 <input type="checkbox"/> その他
--------------------------------------	----------	--

※小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。なお、更新の場合は、原則記入不要。

8. 階層区分等（職員記入欄）

市町村民税所得割額	階層区分	職別
非課税の場合 保護者又は障害年金	職員記入欄のため、記入は不要です。	
世帯員変更(有・無)	階層区分変更(有・無)	〇(工位)・乙(血及病)