|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　齢 | | | | | | | | | 生年月日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 歳 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 加 入  医 療  保 険 | 被保険者氏名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | | | | |  | |
| 保険種別 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 記号・番号 | | | | | | |  | |
| 保険者名 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（※１） | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者と  の 関 係 | | | | | |  | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  |
| 疾　病　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額の特例（該当するものに☑） | |  | | 人工呼吸器等装着 | | | | | | | | | | | | | | | |  | 高額かつ長期 | | | | | | | | | | |
|  | | 重症患者認定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病  の医療費助成を受けている者又は申請中の者（受診者本人を含む）  ※対象者がいる場合は右に記載（受給者証の写しを添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 受診を希望する（指定）医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む）  ※書ききれない場合は  　裏面にも記載欄あり | | | | | | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 受給者番号（※２） | | | | | |  | | | | | | | | | | | 登録者証申請（※３） | | | | | | | 申請する　・　申請しない | | | | | | | |
| 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（※４・５） | | | | | | 年　　月　　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】  □ 医療意見書の受領に時間を要したため  □ 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  □ 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  □ その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。  　　　　　　　　　　申請者氏名  　　　　　　年　　　月　　　日  高知県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受  付印 | |  | | |

様式第１号

※１　受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。

※２　更新又は変更の方のみ記入。

※３　「申請する」を選択した場合、市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る。

※４　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１か月前（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。

※５　更新の場合は、原則記入不要。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※表面から続く  受診を希望する（指定）医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） | 医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名 | 所在地 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※申請受付機関記載欄 | |
| 番号確認 | 番号カード・通知カード・住民票（個人番号付） |
| 身元確認 | １点：番号カード・運転免許証・身体障害者手帳  ２点：資格確認書（医療保険証）・年金手帳・医療受給者証・児童扶養手当証書  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 確 認 者 |  |