

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
(新規・転入・疾病変更・疾病追加)

小児慢性特定疾病医療費の支給開始日について、申請日より遡ることを希望しません。(表面)

申請種別	新規・転入(県・ 市)・疾病追加・疾病変更											
公費負担者番号(※行政記入欄)	5 2 2 8 8 0 1 6 7 0 1 8				受給者番号(新規・転入は記入不要)					承認期間(※行政記入欄)	. . ~ . 10 . 31	
告示番号と病名	(告示番号)				(病名)				他疾病における受給の有無	有・無		
小児慢性特定疾病の名称の変更・追加(上記該当する内容に○)	変更前 既認定疾病名(告示番号・病名)					変更後 変更・追加する疾病名(告示番号・病名)						
受診者	フリガナ					生年月日	平成 令和		年 月 日			
	氏名											
	住所	〒 -				(TEL①)	-)			
						(TEL②)	-)			
加入医療保険	フリガナ					受診者との続柄						
	被保険者氏名					<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(国保・国保組合・その他に加入の方)						
	保険者名(例:〇〇組合、〇〇市)			保険者番号			被保険者証	記号	番号			
	保険種別	被用者保険(健保協会・健保組合・共済組合)・国民健康保険・国保組合・その他()・生活保護										
申請者※	フリガナ					受診者との続柄						
	氏名											
	住所	〒 -				(TEL)	-)			
↑※ 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。												
特例等	A 重症患者認定	重症患者認定基準に該当する者				今回申請する・しない	どちらかを○で囲んで下さい					
	B 人工呼吸器装着等	持続的に常時、生命維持装置を装着しており、日常生活が著しく制限されている者				今回申請する・しない	どちらかを○で囲んで下さい					
	C 高額かつ長期	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適応分に限り)が5万円を超える月が年間6回以上ある者(※小児慢性特定疾病医療支援認定を受けていた期間の医療費のみが対象)				今回申請する・しない	どちらかを○で囲んで下さい					
	D 按分	※受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者の有無				有・無	どちらかを○で囲んで下さい					
	有の場合	難病・小児	フリガナ氏名	病名	※告示番号	受給者番号						
令和7年度課税(令和6年所得) 年収80万9千円以下の申立 ↓該当する場合は☑			令和8年度課税(令和7年所得) 年収82万6,500円以下の申立 ↓該当する場合は☑			上位所得の申立 (令和 年度課税(前年所得)分) ↓該当する場合は☑			(生活保護受給者全員、該当するものに○)生活保護に関する申立			
<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員は全員非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収は、80万9千円以下です。			<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員は全員非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収は、82万6,500円以下です。			<input type="checkbox"/> 階層区分が「上位所得」となることを了承します。※課税状況を確認せず上限額が15,000円または10,000円になります。			生活保護受給中で、医療保険の加入がある・ない			
※この欄に☑がない場合、条件に該当していても上限額1,250円になりません。												
※送付先が申請者の住所と異なる場合のみ、記載してください(今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます)		(申請者住所以外) 〒 送付先住所 あて名 様(続柄:)										

【注意事項】

・疾病変更・疾病追加の方は、加入医療保険・特例等・支給認定基準世帯員については、記載不要です。

※裏面にも記載項目がありますので、もれが無いようご記入ください。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規)

(裏面)

受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方の氏名等を以下に記載してください。

- ※ 社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)に加入の場合は、受診者と被保険者の方のみ記載してください。
- ※ 国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受診者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)の氏名等を記載してください。
- ※ 情報連携に必要ですので、氏名の漢字やフリガナ等も含めて、支給認定基準世帯員全員の情報を、もれなく正確に記載して下さい。

支給認定基準世帯員

フリガナ	性別	続柄	生年月日	ア:現住所(※郵便番号、県・市区町村名まで記載) (受給者と住民票が異なる場合のみ記載)
氏名				イ:令和 年1月1日時点の住所地 (課税情報の照会先。現住所と異なる場合のみ記載)
				ウ:住民登録外課税ありの場合の居住地
受診者		本人(再掲)	平成 年 月 日	(ア現住所): 千 (イ令和 年1月)千 (ウ住民登録外課税地)千
カナ			明治 年 月 日	(ア現住所): 千
申請者			大正 年 月 日	(イ令和 年1月)千
			昭和 年 月 日	(ウ住民登録外課税地)千
カナ			明治 年 月 日	(ア現住所): 千
氏名			大正 年 月 日	(イ令和 年1月)千
			昭和 年 月 日	(ウ住民登録外課税地)千
カナ			明治 年 月 日	(ア現住所): 千
氏名			大正 年 月 日	(イ令和 年1月)千
			昭和 年 月 日	(ウ住民登録外課税地)千
カナ			明治 年 月 日	(ア現住所): 千
氏名			大正 年 月 日	(イ令和 年1月)千
			昭和 年 月 日	(ウ住民登録外課税地)千

兵庫県知事様

児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記のとおり申請します。

本申請の認定に必要な場合は、兵庫県において、医療意見書に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、指定難病情報を確認されることに同意します。また、「診断書(医療意見書)の研究等への利用についての同意」については下欄のとおりとします。

(千 ー)

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

(受診者との続柄:)

◆ 診断書(医療意見書)の研究等への利用についての同意(いずれかに☑の記入をお願いします) ◆

私は別紙<小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証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のご説明>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。

厚生労働大臣 様

同意します

同意しません

○別紙<小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証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のご説明>について

※掲載場所URL: <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/syounishinsei.html>

(兵庫県ホーム>健康・医療・福祉>医療>難病>小児慢性特定疾病の医療費助成制度の申請手続きについて)