

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・継続・変更）（※1）

受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日		
	氏名				年	月	日
	個人番号					
	住所	〒 山梨県 (電話番号 - -)					
疾病名							
加入医療保険	フリガナ		受診者との続柄				
	被保険者氏名						
	保険種別	協会・国保・国組・組合・共済 その他（ ）		被保険者証の記号・番号			
	被保険者証発行機関名						
今回申請する受診者と同じ世帯内（受診者と生計を一にする）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 ※有の場合は、氏名・受給者番号を記載してください。			有 ・ 無 (氏名 受給者番号) (氏名 受給者番号)				
受診を希望する指定医療機関（訪問看護事業者等を含む）	医療機関名		所在地				
小児慢性特定疾病児手帳交付希望の有無			有 ・ 無 ・ 交付済 ・ 再交付希望				
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	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】 <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"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [] ※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ヶ月前まで（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か月前まで）と同じ日まで遡ることが可能。 ※更新の場合は、原則記入不要。					
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			受診者との続柄（ ）				
(※2) 個人番号			<input type="checkbox"/> 受給者証や各種通知類の送付等を裏面の住所等に希望します。				
(※2) 住所			※原則として、児童福祉法に係る医療給付の申請者になれるのは、①18歳未満の受診者の保護者（同じ医療保険に加入する者）②18歳以上の受診者本人に限られます。				
(※2) (電話番号 - -)			※受給者証などの送付先を別に希望される場合は、上記□にチェックを入れて裏面に住所等を記入してください。				
年 月 日	山梨県知事 殿						

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人の場合は省略可能

※裏面に続く

【 裏 面 】

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
世帯員氏名			
個人番号		受診者との続柄()	

※表面の申請者の住所以外を希望する場合のみ記載してください。

受給者証等の送付を希望する住所等	フリガナ		受診者との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
日中連絡がとれる連絡先				

【保健所記載欄】

該当する所得区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得					
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期		
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定		
確認事項	<input type="checkbox"/>	番号確認	<input type="checkbox"/>	身元確認	<input type="checkbox"/>	代理権確認