

<b>小児慢性特定疾病 医療費支給認定申請書</b>	新規・更新・変更・転入
----------------------------	-------------

告示番号 (※明石市記入)		疾患名		【GH治療】 あり・なし	変更の内容 (変更時のみ)	<input type="checkbox"/> 自己負担上限月額 <input type="checkbox"/> 疾病名の変更・追加 <input type="checkbox"/> 医療機関 (同時更新)
------------------	--	-----	--	-----------------	------------------	---

前住所地 (転入者のみ)	都・道 府・県	市 町 村	転入日 (転入者のみ)	／	受給者番号 (更新・変更)				
-----------------	------------	-------------	----------------	---	------------------	--	--	--	--

受診者 (患者本人)	ふりがな		性別	生年月日			満年齢
	氏名		男・女	令和・平成	年	月	日

	住所	〒 -					
--	----	-----	--	--	--	--	--

加入 医療保険	ふりがな		患者との続柄	記号	
	被保険者 氏名			番号	
	保険者名 (発行機関名)		保険 種別	<input type="checkbox"/> 被用者保険 (社会保険) <input type="checkbox"/> 明石市国保 <input type="checkbox"/> 業種別国保組合	

自己負担上限月額 に関する特例 (該当するものに ☑してください。)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着 (指定医の意見書を添付してください。)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 (医療費総額50,000円/月以上が6回/年以上の場合。)
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例 (同一保険加入の特定医療費受給者がいれば、裏面にご記入ください。)	<input type="checkbox"/>	生活保護の受給 (生活保護受給証明書を添付してください。)
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定 (医療意見書別紙 (重症患者認定意見) を添付して、 重症患者の認定を申請します。)	【申請者氏名】	

研究利用について の同意欄	提出した医療意見書データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾患にかかっている児童との健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることについて、			
	【 <input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません 】			
	<small>(注1) 意見書の使用にあたっては、プライバシーの保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。          (注2) 同意の有無が医療費支給認定の認定・非認定に影響することはありません。</small>			

私は、支給認定上必要があると認められる場合は、住民記録情報及び市税情報を閲覧・利用すること並びに受診医療機関、指定医に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意した上で、小児慢性特定疾病の支給を申請します。

明石市長 様 令和 年 月 日

〒 -

【申請者住所】 明石市

日中のご連絡先 ( - - )

【申請者氏名】 受診者との続柄 ( )

※明石市記入欄 (以下の欄は記入しないでください。)				
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
支給認定審査結果	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> 保留			
申請後の所得区分	生保 ・ 血友病 ・ 低I ・ 低II ・ 一般I ・ 一般II ・ 上位	現在の区分		
負担額の特例等	重症 ( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 ) ・ 呼吸器等 ( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 ) ・ 按分 ・ 高額かつ長期			
自己負担上限月額	円	GH	<input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否 ・ <input type="checkbox"/> なし	
備考 (※有効期間の終期が 9/30の他になる理由等)				
審査結果送付日	平成 年 月 日			

裏面もご記載ください。

## 世帯調書

住所が別であっても、受診者（患者本人）と同じ健康保険に加入する方全員をご記入ください。

※【社会保険】加入の場合は患者と申請者のみ、【生活保護】を受給している場合は住民票上の世帯員全員をご記入ください。

医療費支給認定基準世帯員	氏名		続柄	生年月日	住所 (該当年1月1日時点)	(※明石市記入) 住民税所得割額 (非課税の場合は年収)
	(ふりがな)			所得情報照会にかかる同意欄		
医療費支給認定基準世帯員	患者		本人	令・平 年 月 日	明石市内	非課税・課税 円
				<input type="checkbox"/> 支給認定のための所得情報照会に同意します。	その他市町村( )	
	申請者		患者の	平・昭 年 月 日	明石市内	非課税・課税 円
				<input type="checkbox"/> 支給認定のための所得情報照会に同意します。	その他市町村( )	
			患者の	平・昭 年 月 日	明石市内	非課税・課税 円
				<input type="checkbox"/> 支給認定のための所得情報照会に同意します。	その他市町村( )	
		患者の	平・昭 年 月 日	明石市内	非課税・課税 円	
			<input type="checkbox"/> 支給認定のための所得情報照会に同意します。	その他市町村( )		
		患者の	平・昭 年 月 日	明石市内	非課税・課税 円	
			<input type="checkbox"/> 支給認定のための所得情報照会に同意します。	その他市町村( )		

世帯内按分者（患者と同じ健康保険に加入する者の中に、指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している者）がいる場合はご記入ください。

難・小（氏名 \_\_\_\_\_ 受給者番号 \_\_\_\_\_）

階層区分	合計 (非課税世帯は申請者の年収)
	非課税
	課税 円

### 申請者が市民税非課税である場合の収入等申立書（該当するものに☑してください。）

収入	<input type="checkbox"/>	市民税非課税で、年金・手当等 <sup>※</sup> による収入はありません。 【申請者氏名】 ⇒【右欄に署名をお願いします。】
	<input type="checkbox"/>	年金・手当等 <sup>※</sup> による収入が以下の通りあります。 年額 _____ 円 ⇒【年金・手当等の受給金額のわかる書類が必要です。】 <small>※年金・手当等とは、障害年金、遺族年金、寡婦年金、特別児童福祉手当、特別障害者手当のことをいいます。</small>
保険	<input type="checkbox"/>	非課税で被用者保険又は課税非課税問わず国民健康保険組合に加入しています。 ⇒【被用者保険の場合は、被保険者の「所得・課税証明書」の提出が必要です。】 ⇒【国保組合の場合は同じ保険に加入している方全員分の「所得・課税証明書」の提出が必要です。】

受診希望の医療機関	医療機関名（病院・薬局・訪問看護ステーション）	所在地・電話番号
受診希望の医療機関		〒 - ( ☎ - - )
		〒 - ( ☎ - - )
		〒 - ( ☎ - - )
		〒 - ( ☎ - - )
		〒 - ( ☎ - - )

送付先	受給者証は郵送でお届けします。ご希望の送付先をご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 患者住所 <input type="checkbox"/> 窓口での受け取り <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他（右欄にご記入ください。）	〒 - ( _____ )

小児慢性特定疾病 児手帳の交付	<input type="checkbox"/> 交付を希望する <input type="checkbox"/> 交付を希望しない <input type="checkbox"/> 再交付を希望する
--------------------	--