

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／

小児慢性特定疾病登録者証申請書（新規・更新・変更）

年 月 日

（宛先）岡崎市保健所長

〒

申請者 住 所 岡崎市

T E L

氏 名

（携帯）

（受診者との続柄

）

個人番号

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受給者番号 (更新・変更の場合)								小児慢性特定疾病登録者証申請 ☐ 「申請する」場合、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。			
受 診 者	フリガナ							個人番号			
	氏 名										
	住 所		☐ 申請者と同じ 〒 岡崎市								
	生 年 月 日		年 月 日生 () 歳								
	疾 病 名		※意見書が複数の場合、複数記入								
	加入 医療 保険	フリガナ				受診者との		保険者			
		被保険者名				続柄		番号			
		保険者名				記号番号					
保険の種別		1 協会 2 組合 3 日雇 4 船員 5 共済 6 国保 7 生保 8 その他 ()									
自己負担上限額の特例 (該当するものにレ点)		☐ 人工呼吸器装着者				☐ 高額かつ長期					
		☐ 世帯内按分特例				☐ 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					有 (氏名) ・ 無						
受診を希望する指定医療機関 (薬局、訪問看護事業者等を含む)		医療機関名			所在地						
担 当 処 理 欄	診断日 (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】							
	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 申請日を支給開始日とする場合、申請日を記入		☐ 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 ()						
	階層区分：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・血友病等				原則・既認定		番号確認 (確認・未確認)				
	自己負担上限額：0円・500円・1,250円・2,500円・5,000円・10,000円・15,000円・()円				マイナンバーカード・住民票・公簿・通知カード						
	申請：承認・不承認		疾病コード (群・告示)：			本人確認 (確認・未確認)					
	重症認定	無・有 (承認・不承認)		医療受給者証有効期間：			1点 確認	マイナンバー・運免・パスポート ()			
	人工呼吸器	無・有 (承認・不承認)		その他 (按分等)		収受印					
	高額長期	無・有 (承認・不承認)									
世帯内按分	無・有 (承認・不承認)				2点 確認		資格確認書・年金手帳・住民票写し、税金関係の書類、母子健康手帳 (氏名・生年月日がわかるもの)				

世帯調書

受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している被保険者を記入してください。

ふりがな 氏名	続柄	生年月日
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		
		年 月 日
個人番号		

小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な場合は、市民税等に係る公簿の閲覧（世帯調書に記載のある者。）、国民健康保険の世帯状況、生活保護受給状況を岡崎市長及び岡崎市保健所長が関係当局に照会することに同意します。

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

申請者 氏名 (※)

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。