

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請(届出)書 (新規・更新・変更※1)

(いずれかに○)

下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

佐賀県知事 様

年 月 日

申請者 (保護者)	フリガナ											前回申請以降の個人番号の変更 □ 有 □ 無	受診者との続柄	
	氏名	㊟ (記名押印または署名のいずれか)												
	個人番号												電話番号	( )
住所	〒 -										電話番号		( )	

記

受診者	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名									年 月 日	
	個人番号									受給者番号	
	住所 (申請者と同一の場合は同上で可)	〒 -						電話 (申請者と同一の場合は同上で可)			
	加入医療保険 (※受診者が国保、国保組合の場合は「被保険者氏名」は受診者の氏名を記入)	被保険者氏名					受診者との続柄				
	保険種別	協会けんぽ ・ 健保組合 ・ 共済 ・ 国保 (市町村・国保組合)				被保険者証の記号・番号					
	被保険者証発行機関名										

疾病名											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者と同一の医療保険の方に、指定難病又は小児慢性特定疾病医療受給者(申請中を含む)はいまですか(氏名、受給者番号を記入)	はい ・ いいえ										
	○はいの場合		氏名( )	受給者番号( )							
			氏名( )	受給者番号( )							
			氏名( )	受給者番号( )							
	○申請中の場合		氏名( )	申請日( )							

受診者が指定難病医療費受給者の場合(申請中含む)	有 ・ 無	指定難病の受給者番号								
--------------------------	-------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--

変更する事項 (更新または変更の場合該当するものに○)	氏名 ・ 住所 ・ 個人番号	保険	疾病名	指定医療機関	世帯内対象者	難病該当	上限月額特例	階層区分	変更期日	年 月 日
備考										

- ※1 変更交付申請(届出)の場合、申請者、受診者及び変更する事項(変更後の内容)についてご記入ください。
  - ※2 医療給付の始期は、保健福祉事務所で申請書を受理した日からとなります。
  - ※3 お預かりした個人情報、小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。
  - ※4 添付書類は裏面を参考にしてください。
- 受給者証等の送付先(上記住所と同じ場合は記入不要)

(保健福祉事務所受理日) ※2

〒 -
-----

(裏面に続く)

受診を予定する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事業者を含む)	医療機関名	所在地

○支給認定基準世帯員(市町村国保・国保組合の場合のみ、加入している方全員の氏名をご記入ください。)

世帯員氏名	受診者との続柄	個人番号	世帯員氏名	受診者との続柄	個人番号

○保健福祉事務所記入欄

保護者が受給する 公的年金等の収入 (非課税のみ)	有 ・ 無	所得税法上収入又は厚生労働省令で定める給付等。 (障害年金、障害手当金、遺族年金、寡婦年金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等)			
自己負担上限月額の特例	重症患者認定	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者	世帯内按分特例	
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 低所得 ・ 一般所得 ・ 一般所得 ・ 上位所得				
本人確認チェック 日付： 確認者：	来所した人 申請者本人 代理人 代理権を確認した書類： ( )	申請者本人の番号確認 個人番号カード 通知カード 個人番号が記載された住民票等 その他( )	身元確認(申請者本人 代理人) 個人番号カード 運転免許証・旅券・在留カード等 写真貼付の官公庁発行書類等 その他( )	不認定の場合 主治医への連絡 可 不可	

○連絡先

お住まいの市町	最寄りの保健福祉事務所・担当	電話番号
佐賀市、多久市、小城市、 神崎市、吉野ヶ里町	佐賀中部保健福祉事務所 母子保健福祉担当	0952-30-2183
鳥栖市、三養基郡	鳥栖保健福祉事務所 母子保健福祉担当	0942-83-2172
唐津市、玄海町	唐津保健福祉事務所 母子保健福祉担当	0955-73-4228
伊万里市、有田町	伊万里保健福祉事務所 母子保健福祉担当	0955-23-2101
武雄市、鹿島市、嬉野市、 杵島郡、太良町	杵藤保健福祉事務所 母子保健福祉担当	0954-23-3174

※ 最寄り以外の保健福祉事務所でも受付可能です。

○申請に必要な書類については県HPをご覧ください。

県HP < <http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00334466/index.html> >

