

小児慢性特定疾病医療費支給認定兼登録者証申請書（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及び登録者証の交付を申請します。

佐賀県知事様

令和 年 月 日

申請者 (保護者等)	フリガナ		受診者 との続柄			
	氏名					
	個人番号		前回申請以降の個人番号の変更	有・無		
住所	〒 -		電話番号			

記

受診者	フリガナ		性別	生年月日	年齢	
	氏名		男・女	H・R 年 月 日	歳	
	個人番号		前回申請以降の個人番号の変更	有・無		
	住所 (申請者と同一の場合は同上で可)	〒 -				
	電話番号		受給者番号			
	加入医療保険 (※受診者が国保の場合は「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		
		被保険者情報	記号	番号	枝番	
	保険者番号		保険種別	協会けんぽ・健保組合・共済・市町村国保・国保組合		
	保険者名称					
疾病名						
指定難病医療費受給	無・有・申請中	有の場合、指定難病の受給者番号				

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）がいる場合（氏名、受給者番号を記入）	受給者	氏名	受給者番号
		氏名	受給者番号
		氏名	受給者番号
	申請中	氏名	申請日

新規申請の場合、医療給付を開始することが適当と考えられる年月日（※2,3）	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"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他（ ）
---------------------------------------	-------	---

- ※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 医療給付の支給認定日は、申請日から1か月前（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）の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。
- ※3 更新の場合は、原則、記入不要です。

〒 -	受給者証等の送付先 <input type="checkbox"/> 申請者（保護者等） <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> その他 左にご記入ください。	保健福祉事務所受理日
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、ほかの目的に使用したり、第三者に提供することはありません。 （裏面に続く）		

支給認定基準世帯員		申請者の加入保険が ①被用者保険の場合は、被保険者の氏名 ②市町村国保・国保組合の場合は、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・個人番号		続柄	世帯員氏名・個人番号		続柄
1	(姓) (名)		6	(姓) (名)	
2	(姓) (名)		7	(姓) (名)	
3	(姓) (名)		8	(姓) (名)	
4	(姓) (名)		9	(姓) (名)	
5	(姓) (名)		10	(姓) (名)	

保健福祉事務所記入欄										
変更する事項	申請者	氏名	住所	個人番号	保険	疾病名	世帯内対象者	難病該当	上限月額特例	階層区分
(更新・変更の場合 ○又は変更期日を記入)										
備考										
保護者が受給する公的年金等の収入(非課税のみ)	あり・なし 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)									
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例									
該当する階層区分	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									
本人確認チェック欄	不認定の場合	来所した人			申請者本人の番号確認			身元確認(□申請者本人 □代理人)		
日付:	主治医への連絡	□ 申請者本人			□ 個人番号カード			□ 個人番号カード		
確認者:	□ 可	□ 代理人			□ 通知カード			□ 運転免許証・旅券・在留カード等		
	□ 不可	代理権を確認した書類: ()			□ 個人番号が記載された住民票等			□ 写真貼付の官公庁発行書類等		
					□ その他()			□ その他()		

≪ 登録者証 申請欄 ≫ 登録者証については、台帳へ登録の上、申請が承認の場合は「受給者証兼登録者証」を発行します。登録者証を希望しない方は以下の□へチェックをお願いします。 登録者証を <input type="checkbox"/> 希望しない	
--	--

≪ 委任状 ≫ 私は、佐賀県に対して、個人番号利用・提供の取り扱いを含む小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る権限を、以下のとおり委任します。			
委任者	申請者		
受任者 (代理人)	氏名		申請者との関係
	住所		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同一住所の場合はチェック		