

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）						受給者番号		
受診者	フリガナ	年齢		生年月日		電話番号		
	氏名	歳	か月	年	月			日
	住所	〒			個人番号			
（保護申請者）	フリガナ 保護者氏名	受診者との続柄		個人番号				
	保護者住所※1	〒			電話番号※1			
自己負担額の決定に関する事項	被保険者証	種別	協会・健組・共済・船員・国保・その他・生保		保険者名称	保険者番号		
		記号			番号	【自治体記入欄】市民税、所得額のどちらかに○をつけて金額を記入する。 ※市民税課税額（所得割）、所得額（市民税非課税世帯）		
	受診者と同じ医療保険に加入する者 （受診者を除く）	氏名	受診者との続柄	生年月日	年齢	個人番号	市民税・所得額	
		被保険者						
障害年金等受給の有無	無・有 ※2		特別児童扶養手当等受給の有無	無・有 ※2		その他収入の有無	無・有 ※2	
該当者のみ	特別の配慮 ※3	該当・非該当		自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	☐重症患者認定 ☐人工呼吸器等装着 ☐高額かつ長期 ☐世帯内按分特例			
	※世帯内按分特例に該当する場合	対象者名	受給者証の種類		小児慢性特定疾病・難病	受給者番号		
疾病に関する事項	疾病名		受診を希望する（指定）医療機関名（薬局、訪問看護事業者を含む）			所在地		
<p>私は、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。 世帯の所得状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名 印 ※自署の場合は押印不要 北九州市長 様</p>								

【添付書類】※印鑑をご持参ください

- ① 医療意見書 ② 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（医療保険証）の写し ③ 同意書（保険照会） ④ 同意書（医療意見書の研究利用） ⑤ 小児慢性特定疾病医療費受給者証（該当する場合のみ提出）
- ⑥ 成長ホルモン治療用意見書（継続） ⑦ 重症患者認定申告書 ⑧ 人工呼吸器等装着者証明書
- ⑨ 自己負担上限額管理票等の証明（高額治療継続者のみ：申請月から1年以内に小児慢性特定疾病医療費総額が5万円を超えた月が6回以上ある方）
- ⑩ 同一世帯内（保険）の他の小児慢性特定疾病受給者もしくは難病（特定疾患）受給者の受給者証の写し ⑪ 誓約書（寡婦（夫）控除のみなし適用を希望する場合）

【記入の注意】

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。 ※2 「有」の場合は証書、通知書等収入額のわかるものを添付すること
- ※3 血友病等の患者が該当。

区役所受付 ㊤

【区役所記入欄】

令和 年 月 日		
子育て支援課あて送付してよろしいか。		
担当	係長	課長
進達 令和 年 月 日		
☐システム入力		

【本庁記入欄】

前回所得区分	生保・低1・低2・一般1・一般2・上位		
今回所得区分	生保・低1・低2・一般1・一般2・上位		
特別の配慮又は自己負担上限額の特例	なし		
	あり（特別の配慮（血友病）・重症認定・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・世帯内按分特例）		
自己負担上限額	階層区分		月額負担金額