

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）
兼 同意書 兼 登録者証申請書

年 月更新

公費負担者番号
受給者番号

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年 月 日
	住所	〒		電話番号
				- -
加入医療保険	種別		保険者番号	
	記号		番号	

申請者（※1）	フリガナ			受診者との続柄
	氏名			
	住所	〒 -		電話番号
				- -
(希望者のみ)	〒 - ※ 原則申請者宛送付（申請者以外へ送付する場合の宛名： ）			
	書類送先			

疾病名	
-----	--

月額負担上限額の特例 (該当する□にチェック)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定（※2）	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着（※3）	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期（※4）	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例（※5）
----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しく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	氏名	(難病・小慢)受給者番号
	氏名	(難病・小慢)受給者番号

登録者証申請(※6)	申請する	・	申請しない
------------	------	---	-------

荒川区長 殿
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。
また、この申請の審査に必要な場合は、荒川区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む。）を確認されることに同意します。

年 月 日 申請者氏名

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入する。なお、受診者本人の場合は、本人と記載する。
- ※2 重症患者認定…重症患者認定基準を満たしている方 ※3 人工呼吸器等装着…人工呼吸器又は人工心臓を常時装着している方
- ※4 高額かつ長期…月の医療費の総額が5万円（医療保険が2割負担の場合、月の自己負担額が1万円）を超える月が年間6回以上ある方
- ※5 世帯内按分特例…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる方
- ※6 「申請する」を選択した場合、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ります。

～よろしければ次のアンケートに御回答ください。～

◆担当保健師に療養相談の希望はありますか？

1 特にない 2 ある

※ 「2 ある」の方は、以下のaからgまでのうち、当てはまるものに○を付け、内容を〔 〕内に御記入ください。

a 医療について b 家庭看護について c 福祉制度について d 就園・就学について

e 食事・栄養について f 歯科について g その他

内容〔 〕

※ このアンケートは、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の実施のために活用します。

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	収受印欄
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）	