

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

申請区分		新規 <b>更新</b> ・変更・転入 (転入日: 年 月 日/転入元)			
変更の場合、変更があったものに☑をしてください		<input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額 <input type="checkbox"/> 受診医療機関の追加			
受	フリガナ	スイタ タロウ		生年月日	
	氏名	吹田 太郎		平成 <b>令和</b> 2年 4月 1日 (満 1 歳)	
受	住所	〒 ○○○-○○○		電話番号: ○○○-○○○-○○○	
	電話番号	吹田市△△○丁目○番○号		(日中つながる連絡先)	
健康保険証に記載あり	被保険者氏名・受診者との続柄	(氏名) 吹田 一郎	(続柄) 父	保険者番号	○○○○○○○○
加入医療保険	被保険者証の記号・番号	○○○○	△△△△	被保険者証発行機関名	○○○○健康保険組合
医療意見書に記載あり	保険種別	<input checked="" type="checkbox"/> ①被用者保険(本人・ <b>家族</b> ) <input type="checkbox"/> ②吹田市国保(世帯主・家族) <input type="checkbox"/> ③国保組合(組合員・家族) <input type="checkbox"/> ④生活保護受給 <input type="checkbox"/> ⑤その他 ※①は受診者の保険証、②③は同じ医療保険加入者全員分の保険証、④は生活保護受給証明書をご提出ください。			
疾病名(複数ある場合は全て)	●●●●●●●●●●病				
自己負担に関する特	重症患者認定基準	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		人工呼吸器等の装着	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
	医療意見書に記載あり	※該当の場合は医療意見書別紙(様式第2号)をご提出ください。		※該当の場合は医療意見書別紙(様式第2号)をご提出ください。	
	申請期間	小児慢性特定疾病医療費の認定期間内で、医療総額が5万円/月を超える月が、申請月を含めて過去12か月以内に6回以上ある場合 <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ※該当の場合は金額が証明できる書類をご提出ください。 例) 自己負担額上限管理票、領収書、診療報酬明細書、医療費総額の療養証明書(吹田市様式)等			
申請区分	受診者と同じ医療保険に加入する者のうち、小児慢性特定疾病又は指定難病の認定者(申請中の方を含む)がいる <input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当(小慢・難病) ※該当の場合は対象者の受給者証の提出又は申請中であることをお伝えください。				
受診を希望する指定医療機関(病院・診療所) *6か所以下は別紙☆「受診を希望する指定医療機関追加申請書」へ【更新の方へ】受給者証記載の指定医療機関に、□下記を追加又は削除します □変更なし(記載は不要です)					別紙☆: 有 <b>無</b>
	医療機関名	所在地・電話番号		指定(※市記入欄)	
<input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	1 ●●●病院	○○市 電話 (○○○-○○○-○○○)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	2	電話 ( )		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	3	電話 ( )		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	4	)		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	5	)		<input type="checkbox"/>	
子ども健康手帳の交付					希望する    ・    希望しない

【市記入欄】

申請受付	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 20px; display: inline-block;"> <p>※裏面も忘れずご記入ください</p> </div>			
申請書類充				
申請				
添付書類	【新規】	証の写し		
	【更新】	書類		
	⑦は承認を行う。(必須ではない)	<input type="checkbox"/> ④受給者証の写し <input type="checkbox"/> ⑤おたづね(アンケート) <input type="checkbox"/> ⑨甲立書(国保組合用) <input type="checkbox"/> ⑩課税証明書( 名分)	<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ( )

世帯調査書

下記の太枠内に

【支給認定基準世帯員の考え方】

社会保険 = 被保険者

吹田市国保・国保組合 = 加入者全員

(世帯員) 全員を記入してください。

※市記入欄

医療費支給認定基準世帯員	フリガナ		月日・年齢	※按分	※市町村民税所得割額 (非課税は収入)
	フリガナ	フリガナ	番号(12桁)		
患者本人	フリガナ	フリガナ	令和2年 4月 1日 ( 1 ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	
申請者(保護者)	フリガナ	フリガナ	昭和●年 ●月 ●日 ( ●● ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	フリガナ	平成▲年▲▲月 ▲日 ( ▲▲ ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	フリガナ	年 月 日 ( ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	フリガナ	年 月 日 ( ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	フリガナ	年 月 日 ( ) 歳	<input type="checkbox"/> 小	
				<input type="checkbox"/> 難	

同意内容を熟読し、チェックをお願いします。

項目1、2 = 全員

項目3～6 = 該当者のみ

支給認定

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、以下の事項に同意します。

項目	同意内容	チェック欄
1	支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民記録情報及び市税情報等を閲覧・利用します。また、受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得することがあります。	<input checked="" type="checkbox"/>
2	1において住民記録情報及び市税情報が一部不足している場合、児童福祉法第19条の3第3項の医療費支給認定の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限り、当該年度(4月～6月申請の場合は前年度)の市町村民税関係について取得します。 ※市町村民税非課税の方、海外居住・未申告等により2において税情報を取得できない方は、非課税証明書(申請月が1～6月の場合は前年度分、7～12月の場合は今年度分)をご提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>
3	小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請にあたり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び対策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。(詳細は別紙*「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について」へ)	<input checked="" type="checkbox"/>
4	世帯の課税額等の書類を提出しないため、自己負担額の階層区分が上位になることを了承します。	<input type="checkbox"/>

●希望・了承する場合のみ必要です

●市町村民税非課税の方のみ必要です(5は当てはまる1つにチェック)

5	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入はありません。	<input type="checkbox"/>
	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入を証明する書類を提出します。	<input type="checkbox"/>
	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入を証明する書類を提出しないため、自己負担上限月額の階層区分がⅢになることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	業種別国保加入の場合、 ※1 6歳未満で無収入の方	<input type="checkbox"/>

【本制度における申請時の申請者の優先順位】

①被保険者

②児童を現に監護する方

(①に該当する父又は母の一方が単身赴任等により別居している場合等)

③収入の高い方

(宛先) 吹田市長

申請者住所

送付先住所

(申請者住所と異なる場合)

申請者氏名(被保険者等)

令和 ●年 ●月 ●日

吹田市△△○丁目○番○号

吹田 一郎

続柄 父