

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・更新・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 | | | | |
| 受診者 | フリガナ | | | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | | 平成 年 月 日（満 歳） 令和 | | |
| | 住所 電話番号 | 〒 | | 電話番号： (日中つながる連絡先) | | |
| | 加入 医療保険 | 被保険者氏名・ 受診者との続柄 | (氏名) | (続柄) | 保険者番号 | |
| | | 被保険者証の 記号・番号 | (記号) | (番号) | 被保険者証 発行機関名 | |
| 保険 種別 | <input type="checkbox"/> ①被用者保険(本人・家族) <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) | | | | | | |
| 自己負担上限月額に 関する特例の申請に | 重症患者認定基準 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※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。 | | 人工呼吸器等の装着 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※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。 | |
| | 高額かつ長期 | 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 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 | | | | |
| | 世帯内按分 | 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 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。 | | | | |
| 主に受診する指定医療機関(病院・診療所) | | | | | | |
| 医療機関名 | | 所在地・電話番号 | | | 指定(※市記入欄) | |
| | | 電話 () | | | <input type="checkbox"/> | |
| 医療費支給認定の遡及申請(新規のみ) | 小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 | 【左記の欄が申請日から1ヶ月以上前の年月日となっている理由】 | | | | |
| | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備・提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災し、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | |
| ※支給開始日は、申請日から指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日まで遡ることが可能。(原則1か月以内、やむを得ない理由がある場合は、最長3か月以内) そのため、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。 | | | | | | |
| 子ども健康手帳の交付 | | | 希望する ・ 希望しない | | | |

【市記入欄】

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---|---|--------------------------------------|
| 申請受付年月日 | 令和 年 月 日 | 受付者 | | |
| 申請書類充足年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 申請方法 | 窓口・郵送・その他() | 研究等同意書 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 添付書類 | 【新規必須①③⑤】 | <input type="checkbox"/> ①医療意見書 | <input type="checkbox"/> ⑥医療機関追加申請書 | <input type="checkbox"/> ⑪按分者受給者証の写し |
| | 【更新必須①③④⑤】 | <input type="checkbox"/> ②医療意見書別紙 | <input type="checkbox"/> ⑦上限額管理票の写し | <input type="checkbox"/> ⑫収入額証明書類 |
| | ⑦は持参していれば確認を行う。(必須ではない) | <input type="checkbox"/> ③健康保険証の写し(名分) | <input type="checkbox"/> ⑧同意書(国保組合用) () | |
| | | <input type="checkbox"/> ④受給者証の写し | <input type="checkbox"/> ⑨申立書(国保組合用) () | <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | <input type="checkbox"/> ⑤おたづね(アンケート) | <input type="checkbox"/> ⑩課税証明書(名分) () | |

世帯調書

下記の太枠内に、患者本人と同じ健康保険に加入する方（生活保護世帯の場合は世帯員）全員を記入してください。

※市記入欄

| | 世帯員氏名 | 続柄 | 生年月日・年齢 | ※ 按分 | ※市町村民税所得割額 (非課税は収入) |
|--------------|------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| | | | 個人番号(12桁) | | |
| 医療費支給認定基準世帯員 | 患者本人 フリガナ | 受診者 本人 | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| | 申請者(保護者) フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| | フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| | フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| | フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| | フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 難 | |
| フリガナ | 本人の | 年 月 日 () 歳 | <input type="checkbox"/> 小 | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 難 | | |
| | | | | 計 | |

支給認定申請に係る同意書

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 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。(吹田市国保加入の場合は同意書を記入します。 ※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 type="checkbox"/> |
| ●希望・了承する場合のみ必要です | | |
| 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 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"/> |
| ●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"/> |
| | (※1)障がい年金・障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償給付、障がい給付等 (※2)特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当 | |
| ●業種別国保にご加入の方のみ必要です | | |
| 6 | 業種別国保加入の場合、①同意書(保険者照会用)、②同一業種別国保にご加入の方全員分の課税証明書を提出します。 ※16歳未満で無収入の方については、②を省略できます。 | <input type="checkbox"/> |

(宛先) 吹田市長

令和 年 月 日

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)

続柄