

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 **新規**・更新・変更 **記入例**

受診者	フリガナ	オキナワ ハナコ		性別	年齢	生年月日	
	氏名	沖縄 花子		男 ● 女 ○	○歳	○○年 ○○月 ○○日	
	住所	〒○○○-○○○ ○○市△△△ □-□-□ ○○アパート10		受診者個人番号(マイナンバー)を記入(12ケタ)		○○○○ ○○○○ ○○○○	
	加入医療保険	被保険者氏名	沖縄 太郎		受診者との続柄	父	
	保険種別	● 健保 ● 国保 ● 共済 ● 国組 ● 船員 ● 生保					
申請者(保護者)(※2)	フリガナ	オキナワ タロウ			受診者との続柄	父	
	氏名	沖縄 太郎			電話番号	○○○-○○○-○○○	
	住所	受診者(対象児童)と保護者の住所が同じ場合は記入不要 異なる場合は記入					
疾病名	○○○○○○病		医療意見書に記載されている疾病名を記入				
受給者番号(※3)	新規申請では記入不要						
小児慢性特定疾病の治療や受診等で利用する指定医療機関(病院・薬局・訪問看護ステーション等)を記入してください。 ※利用可能な医療機関は、児童福祉法に基づき指定された指定医療機関に限られます。受診先の医療機関が指定医療機関に指定されているか予めご確認をお願いします。	医療機関名		所在地(市町村名)				
	○○病院		□□町				
	△△小児科		□□市				
	薬局	支店名	○○薬局 ○○店		□□町		
	△△薬局		□□市				
訪問看護	訪問看護ステーション○○○○		□□市				
支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)							
世帯員氏名	年齢	同居・別居(どちらかに○印)	小児慢性特定疾病又は指定難病の医療費助成を受けている場合は受給者番号	個人番号(及びその他備考)			
沖縄 太郎	35	●同居 別居		○○○○ ○○○○ ○○○○			
		同居・別居		世帯員の個人番号(マイナンバー)を記入(12ケタ)			
同じ公的医療保険(保険証等)の加入世帯員の情報を記入		同居・別居					
		同居・別居		加入している公的医療保険(保険証)の種別に○を付ける 健保:(協会けんぽ)全国健康保険協会沖縄支部、(企業名)健康保険組合等 国保:(市町村)の国民健康保険 □□市国民健康保険等 共済:地方職員共済組合、△△省共済組合等 国組:医師国民健康保険組合、土木建築国保組合等 船員:船員保険 生保:生活保護			
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	重症患者認定(重症申請書添付)	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例			
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着(証明書添付)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期			
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。						保健所受理印	
申請者(保護者)氏名 沖縄 太郎							
○○年○○月○○日							
沖縄県知事 殿							

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。 ※3 更新または変更の方のみ記入。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。

保健所記入欄

該当する所得区分	生活保護・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位所得・重症(非課税・課税)・人工呼吸等・血友病		
保護者の収入額(低Ⅰ・低Ⅱの場合)	右の合計額	合計所得金額	円
		障害者手当等の金額	円
		円 特別児童扶養手当等額	円
備考			

.....ここから下の欄には記入しないで下さい。.....