

保健所 記入欄	区分： 新規・継続・疾病追加・疾病変更・再登録・県外転入	特例： 無 ・ 重症 ・ 呼吸器等 ・ 按分
	複数疾病： なし・あり（疾病番号：	）
	階層： I・II・III・IV・V・VI ・友	成長ホルモン： 無・有

小児慢性特定疾病医療費支給申請書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

申請者 居住地 〒
(注1)

フリガナ
氏 名

※既に提出済みの場合は記入不要です。

個人番号

電話番号 (日中連絡が取れる番号)

受診者との続柄

児童福祉法第19条の3第1項の規定により、次のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

受 診 者	小児慢性特定疾病 受給者番号								} ※他の疾病で支給を受けている場合及び継 続申請の場合に記入してください。	
	フリガナ									
	氏 名	姓							名	
	居住地 (申請者と同じ場合は省略可)	〒								
	生年月日	平成 令和	年	月	日 (歳)	性別	1 男 2 女			
	加入医療保険等	フリガナ					受診者との 続 柄			
		被保険者氏名						記号・番号		
	保険者名称									
小児慢性 特定疾病名 (注2)										
自己負担上限月額の特例 (該当するものに○) (注3)	療養負担過重患者 ・ 人工呼吸器等装着者 ・ 高額治療継続者									
所得状況を証明する書類の省略を希望する場合は氏名を記入してください。										
<input type="checkbox"/> 自己負担上限月額の階層がVI（最高額）となることを承諾し、所得状況等を証明する書類は提出しません。 (加入する医療保険が国民健康保険組合の場合は省略できません。) 申請者氏名										
<input type="checkbox"/> 市町村民税が非課税の場合（非課税証明書等の提出が必要）で保護者の「収入」が80万円を超えるため、 自己負担上限月額の階層がIIIとなることを承諾し、各種年金・特別児童扶養手当等の証明書は提出しません。 申請者氏名										
申請に関する連絡先（申請者以外の場合に記入してください。）										
フリガナ						受診者との 続 柄				
氏 名							電話番号 (日中連絡の取れる番号)			
居住地	〒									

(注1) 必ず保護者（原則として被保険者、市町村国保の場合は扶養者）が申請してください。受給者証に保護者として記載されます。被保険者が受給者と別住所の場合やその他記入に迷う場合は保健所に御相談ください。

(注2) 複数の疾病がある場合は全て記入してください。疾患群の異なる疾病や同じ疾患群でも治療内容の異なる疾病については疾病毎の医療意見書の提出が必要です。

(注3) 特例に該当する場合は、併せて重症患者認定申請を行ってください。

医療受給者証の交付方法に郵送を希望する場合で受診者住所以外を希望する場合のみ記載

氏名：

住所： 〒

TEL：

<受診者と同じ公的医療保険に加入する方の情報(支給認定世帯、按分世帯の確認)>

- 1 受診者本人と同一の公的医療保険(以下「健康保険」)に加入する方(健康保険の被保険者証の記号・番号が受診者と同じ方)全員を記入してください。(同居・別居は関係ありません。)
- 2 受診者本人が国民健康保険(市町村発行)又は国民健康保険組合に加入している場合で、保護者が後期高齢者医療の被保険者の場合は、健康保険が異なりますが、保護者も記入してください。
- 3 個人番号は受診者本人及び受診者と同一の健康保険に加入する方のうち、被保険者(2の後期高齢者医療の被保険者を含む)のみ記入してください。なお、当該制度において、既に提出済みの場合は記入不要です。

世帯員氏名 個人番号 <small>※既に提出済みの場合は不要</small>	居住地 (注1)	受診者 との 続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病受給者は該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> (申請中を含む)	左記の受給者番号	1月1日時点(注2)の居住市区町村・郵便番号
		受診者	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する小児慢性疾病以外の指定難病)		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒
			大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		市・区 町・村 〒

(注1) 受診者と異なる場合に記入してください。

(注2) 新規申請：申請が1月～6月の場合は前年の1月1日時点、7月～12月の場合は当年の1月1日時点
継続申請：当年の1月1日時点

<受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関>

受診を希望する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションを記入してください。

該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 院外薬局の利用はない	
名称	①	②	
所在地			
名称	③	④	
所在地			
名称	⑤	⑥	
所在地			
名称	⑦	⑧	
所在地			
名称	⑨	⑩	
所在地			