

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書					
申請区分 (該当するものに○)	新規・更新・転入・疾病追加 再交付・負担額変更・医療機関追加	受給者番号 ※1	お持ちの受給者証の 受給者番号をご記入ください		
申請疾病名 医療意見書の病名を記載	1型糖尿病 <span style="float:right">※他疾患 無・有</span>				
受診者	ふりがな	ほっかいどう いちろう		生年月日	年齢
	氏名	北海道 一郎		和暦(外国人の場合は西暦)	3 歳
	個人番号			令和1 年 5 月 1 日	
	住所	(〒 061 - 3217 ) (電話 〇〇〇-△△△-□□□□) 石狩市花川北7条1丁目14番地1			
	保険種別 及び 保険者名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保</li> <li>・被用者保険(本人・家族)</li> <li>・国保組合(本人・家族)</li> <li>・生活保護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国健康保険協会北海道支部</li> <li>・全国健康保険協会</li> <li>・その他( )</li> </ul>	市 町 村 支 部	保険証の記号・番号 (記号) 〇〇〇 (番号) △△△△
保護者※2	ふりがな	ほっかいどう たろう		受診者との続柄	父
	氏名	北海道 太郎		個人番号	
	住所 <input type="checkbox"/> (受診者と同じ)	(〒 - ) (電話 - - ) 受診者と住所が異なる場合、記入してください 受診者と住所が同じ場合は、こちらに☑してください			
自己負担上限月額特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期			
	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定			
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事業 者等を含む) ※4件目以降は裏面に記入 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 利用している(予定も含む) 病院、薬局などの医療機関を ご記入ください。		所在地		
申請が認定された場合の医療費助成開始日について ※3 申請が認定された場合の医療費助成開始日は、申請日の1か月前の日、または指定医の診断年月日のいずれか後の日に遡ることができます。 ※申請書類提出までに時間を要したことに、やむを得ない理由があると認められる場合には、医療費助成開始日は申請日の最長3か月前の日、または指定医の診断年月日のいずれか後の日に遡ることができます。 【提出までに時間を要した理由】(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 受診者が症状の悪化又は入院等により、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たこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ( ) 申請書類提出までに時間を要したやむを得ない理由がある場合のみ、記載してください。(理由がない場合は空欄のまま)					
希望しない場合のみ☑ (医療費助成開始日の遡りを希望する場合は記入不要です。) ※希望しない場合、認定された場合の医療費助成開始日は北海道が申請書類を受理した日からとなります。					
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。					
北海道知事 様 令和5 年 4 月 1 日 申請者(保護者)氏名 北海道 太郎 (記名)					
以下、記入不要です					
年 月 日	<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 1か月	血・生保・低I・低II・般I・般II・上位	高長・重症・人工・按分・境界	GH	
収受印		審査欄	承認	非承認	保留
保健所(支所)	地域保健課	疾病			
		重症			
		GH			
		備考			

※1 新規・転入の場合は記入不要。  
 ※2 保護者のうち生計中心者の氏名を記入。  
 なお、受診者が18歳以上の場合は記入不要。  
 ※3 新規・更新のみ対象。  
 なお、令和5年10月1日以降の取扱いであるため、申請日の1か月前の日及び指定医の診断年月日が令和5年10月1日より前の日であっても、医療費助成開始日は令和5年10月1日より前の日には遡ることはできません。

# 世帯調書

## 記載例

- ◆ 住民票上の世帯全員について（住民票が別でも、同じ公的医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も）記入し、保険証の写し及び市町村民税の課税状況が確認できる書類を添付してください。
- ◆ 世帯内に他に特定医療費（指定難病）等又は小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合は、**受給者証の写し**を添付してください。
- ◆ 個人番号については、保険証の提出を要する方のみ記載してください。

①	ふりがな	住所（受診者と異なる場合に記載）			医療保険の種類別（該当するものに○）	世帯内に小児慢性や指定難病の受給者証を持っている場合、「有」に「○」をしてください		
	氏名	患者との続柄	生年月日	年齢				
	個人番号（12桁）							
	受診者本人	申請書どおり			被用者 市町村国保 国保組合 生活保護	本人 被扶養	有 無	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる（市町村名）
②	ふりがな <b>ほっかいどう たろう</b> 氏名 <b>北海道 太郎</b> 個人番号	住所 <b>石狩市花川北7条1丁目14番地1</b>	続柄 <b>父</b>	平成2年 1月 1日	33歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる（市町村名）
③	ふりがな <b>ほっかいどう はなこ</b> 氏名 <b>北海道 花子</b> 個人番号	住所 <b>同上</b>	続柄 <b>母</b>	平成2年 4月 1日	33歳	被用者 市町村国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	有 無 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 異なる（市町村名）

非課税世帯の場合、記入が必要です

### 非課税世帯の申告事項（該当するものに☑）

小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る自己負担区分（自己負担限度額）の算定にあたり、低所得Ⅰ区分に係る非課税収入は、次のとおり相違ありません。

- 受診者が被用者保険の場合、被扶養者の収入
- 受診者が被用者保険以外の場合は、支給認定世帯員（世帯員のうち、医療保険が同じ方）のうち最も収入が多い方

申請者 氏名 **北海道 太郎**

※厚生労働省令で定める給付金等による収入（該当するものに○）

有 ・ 無	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金
	③ 寡婦年金	④ 障害年金
	⑤ 障害厚生年金	⑥ 障害手当金
	⑦ 遺族厚生年金	⑧ 障害一時金
	⑨ 障害共済年金	⑩ 遺族共済年金
	⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの	
	⑫ 特別障害給付金	⑬ 障害補償給付・障害給付
	⑭ 労災・公務災害による障害補償給付等	
	⑮ 特別児童扶養手当	⑯ 障害児福祉手当
	⑰ 特別障害者手当	⑱ 福祉手当
	⑲ その他（ ）	

非課税収入の支給を受けている場合、公的機関等から発行された通知のコピーを添付の上、支給額をご記入ください

収 入 額	月額	円
	年額	円

該当する非課税収入の支給を受けている場合、「有」に「○」をしてください  
支給を受けている非課税収入がない場合、「無」に「○」をしてください

10万円以下の方のみ記入してください。

さい。