

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書

【 新規 ・ 更新 ・ 転入 ・ 変更 】（※1）

受診者	フリガナ						生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日	
	個人番号						(歳)	
	住 所	〒			電話番号	(固定) (携帯)		
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名					受診者 との続柄	
		保 険 種 別	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保 7 その他 ()				被保険者証の 記 号 ・ 番 号	記号 番号
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
(※2) 保 護 者	フリガナ				受診者 との関係 (続柄)			
	氏 名							
	個人番号							
	住 所 (※3)	〒			電話番号 (※3)	(固定) (携帯)		
疾病名					疾患群番号 (※4)			
受給者番号 (※5)					小児慢性特定疾病登録者 証申請 (※6)	☐ 申請する		
自己負担上限額 の特例 (該当するものに☑)	☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着			☐	高 額 か つ 長 期		
	☐	世 帯 内 按 分 特 例			☐	重 症 患 者 認 定		
今回申請する受診者と同じ世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費支給を受けている方又は申請中の方がいますか。					はい ・ いいえ			
今回申請する受診者は指定難病の医療費支給（申請中を含む）を受けていますか。					はい ・ いいえ			
受診者の保護者（受診者が18歳以上の場合は、受診者本人）が障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当等を受給していますか。（※7）					はい ・ いいえ			
認定となった場合、当該医療受給者証に疾患群名を記載してよろしいですか。※疾患群番号につきましては、記載させていただきます。					はい ・ いいえ			
【課税情報の調査等についての同意】 小児慢性特定疾病医療費の支給申請にあたり、長野市が支給認定に必要な、私および私の世帯の市町村民税課税等の情報を調査すること及び必要に応じ医療保険上の所得区分の情報を医療保険者に連絡することに同意します。（※8）					はい ・ いいえ			
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 (※9, 10)	____ 年 ____ 月 ____ 日		【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 []					
私は、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。 年 月 日 申請者（保護者）氏名 (宛先) 長野市長								

※1 いずれかに○を付けてください。
※2 受診者が18歳以上の場合は、空欄でかまいません。
※3 受診者と異なる場合に記入してください。
※4 長野市で記入するため、記入不要です。
※5 更新または変更の場合のみ記入してください。
※6 「申請する」場合、マイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。
※7 世帯の市町村民税が非課税の場合で、これらの収入がある場合には、その収入額を証明する書類の写しを添付してください。
※8 同意されない場合は、書面での提出をお願いいたします。
※9 支給開始日は、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(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前、やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前の同じ日)まで遡ることが可能。そのため申請日に関わらず、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。
※10 更新の場合は、原則記入不要です。

..... ここから下の欄には記入しないでください。 (裏面にも記入欄があります。)

審 査 欄	委 員	判 定	適 ・ 否 ・ 保	審 査 年 月 日	年 月 日
		適 ・ 否 ・ 保			
		適 ・ 否 ・ 保			
		適 ・ 否 ・ 保			

番号確認: 個人番号カード 番号通知カード () 代理人: 委任状
身元確認: 個人番号カード 運転免許証 パスポート()

ただし、個人番号については、受診者が加入する医療保険が、被用者保険の場合は被保険者のみ、国民健康保険又は国民健康保険組合に加入している方全員について記入してください。

続柄	氏名	生年月日	年齢	指定難病医療の受給の有無 受給者番号（※10）	小児慢性特定疾病医療の受給の有無 受給者番号（※10）
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：
				有 ・ 無	有 ・ 無
個人番号				番号：	番号：

指定医療機関等（受診を希望する指定医療機関等を記入してください。）

受診を希望する 指定医療機関等	医 療 機 関	所 在 地

私は、受診者の支援のために、長野市が把握した受診者の情報について、医療機関・相談支援関係機関に対し、必要に応じて相互に確認・共有する事や交流会等の周知に使用する事に同意します。		
年	月	日
申請者（保護者）氏名		
（宛先）長野市長		

受任者	住所						
	氏名	生年月日	年	月	日	委任者との続柄（ ）	
私は、本申請の権限を上記の者に委任します。							
委任者	氏名						
(宛先) 長野市長							