

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

【 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 名 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				電話番号 (※3)	(固定) (携帯)
	住 所 (※3)	〒				
疾病名				疾患群番号 (※4)		
受給者番号 (※5)						
自己負担上限額の特例 (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		
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。 (※6)					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	
【課税等の情報の調査についての同意】 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に同意します。 (※7)					はい ・ いいえ	
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 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。

※7 同意されない場合は、書面での提出をお願いいたします。

(裏面にも記入欄があります。)

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

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 ()

