

特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）											
受診者（患者）	受診者氏名	●●●●●●●●	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	××歳	生年月日			平成 ××年 ××月 ××日	
	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●									
	フリガナ	●●ケン●●シ●●1-2-3									
	受診者住所	〒×××-××××					電話番号				(固定) 123-456-7890 (携帯) 090-1234-5678
	加入医療保険	被保険者氏名	●●●●●●	受診者との続柄		父					
	保険種別	1 協会けんぽ <input checked="" type="radio"/> 2 健保組合 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 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	●●健康保険組合 公的医療保険の被保険者証をみて、記入してください。									
申請者	フリガナ	申請者は、患者さんと同じ医療保険に加入している被保険者の方となります。								受診者との続柄	父
	氏名	●●●●●●●● 男									
	個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●									
	フリガナ										
	住所（※2）	〒					電話番号（※2）		(固定) (携帯)		保健所で記入しますので、記入しないでください。
疾病名	骨髄異形成症候群 医師が記載した医療意見書の疾病名を記入してください。新制度における疾病の場合は、医療意見書の「細分類病名」に記載された疾病名を記入してください。					(保健所記入欄) 疾患群番号					
受給者番号（※3）	●●●●●●●●●●●●●●●●								同一世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費を受けている方がいる場合は、お名前を記入ください。		
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助成を受けている方又は申請中の方がいますか。										<input checked="" type="radio"/> いる (氏名 ●●●●●●●●) ・ <input type="radio"/> いない	
今回申請する受診者は指定難病の医療費助成対象者（申請中を含む）ですか。										<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ	
指定難病の受給者番号										●●●●●●●●●●●●●●●●	
【同一世帯内全員の市町村民税が非課税の方のみ記入】同一世帯内で障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当などを受給している方がいますか。（※4）										はい ・ <input checked="" type="radio"/> 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。 また、世帯の課税状況が確認できる書類を提出しない場合は、所得区分について上位所得とすることに同意します。											
申請者氏名 ●●●●●●●● 男 印（※5）											
平成 ××年 ××月 ××日											
茨城県知事 殿 申請者については、上の欄に記載の申請者の方と同じ方になります。また、申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかをお願いします。											

※1 新規・更新・変更のいずれかに○を付けてください。変更申請は、次の①～③に該当する場合に行うものとする。
 ①自己負担上限月額の変更（階層区分の変更並びに重症患者等区分及び按分特例の適用により自己負担上限月額の変更を伴う場合に限る。）
 ②受療を希望する指定医療機関の変更・追加 ③支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更・追加
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
 ※3 更新・変更の方のみ記入してください。
 ※4 受診者又は申請者の市町村民税課税所得証明書に記載されている所得以外に、これらの所得がある場合には「はい」に○を付け、その金額を証（年金証書のコピー、支払い通知書の写しなど）を添付してください。
 ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

保健所で記入しますので、記入しないでください。

保健所記入欄	申請受付年月日							認定年月日		
	該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								備考
	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		
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書			<input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証				
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書		<input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類 ()							

（裏面にも記載欄があります。）

世帯調書

1 住民票上の世帯全員について記入してください。住民票が別でも、同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入が必要です。

2 個人番号を記入する方は、※6のとおりです。

続柄	氏名 個人番号	年齢	生年月日	医療保険の種別	(被用者保険の方) 本人・被扶養者の別	税証明 添付の有無	指定難病医療の受給の有無・受給者番号 (※7)	小児慢性特定疾病医療の受給の有無・受給者番号 (※7)
本人	●● ●● ●●●●	××歳	平××年×月×日	国保 国組 被用者	本人・被扶養者	有 無	/	/
父	●● ●● ●●●●	××歳	大昭平 ××年×月×日	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：××××××××	有 無 番号：
母	●● ●● ●●●●	××歳	大昭平 ××年×月×日	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：	有 無 番号：
妹	●● ●● ●●●●	××歳	大昭平 ××年×月×日	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：	有 無 番号：××××××××
			大	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	同じ世帯内に指定難病医療を受給されている方又は小児慢性特定疾病医療を受給されている方がいる場合には、各受給者証のコピーを添付してください。	
			大昭平	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：	有 無 番号：
			大昭平	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：	有 無 番号：
			大昭平	国保・国組・ 被用者・ 後期高齢	本人 被扶養者	有 無	有 無 番号：	有 無 番号：

個人番号を記入する必要がある方は、下記※6の通りです。ご注意ください。



※6 個人番号を記入する方は、以下のとおりです。

- (1) 被用者保険 受診者（本人）、被保険者を記入
- (2) 国民健康保険 受診者（本人）と同一世帯である保険加入者全員を記入

※7 有に○を付けた場合は、各受給者証のコピーを添付してください。

指定医療機関（受診を希望する指定医療機関をすべて記載ください。他の都道府県の指定医療機関にかかる場合も記載が必要です。）

受診を希望する 指定医療機関 (薬局・訪問看護事業者 を含みます)	医療機関 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業所名	所在地
	●●病院	茨城県●●市●●●●1-2-3
	●●クリニック	●●県●●市●●●●4-5-6
	●●薬局	茨城県●●市●●●●7-8-9
	●●訪問看護ステーション	茨城県●●市●●●●1234
	<p>現在、小児慢性特定疾病の治療で受診している指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)の名称と所在地を記入してください。医療機関名は、省略せず、正確に記入してください。</p> <p>※他の都道府県の指定医療機関も記入してください。 また、今後受診を希望する指定医療機関がありましたら、併せてご記入ください。</p>	