別紙様式第１号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）（※1）

受診者	受給者番号（※2）		個人番号（マイナンバー）		
	疾病名				
	フリガナ		年齢	生 年 月 日	
	氏　　名		歳	平成 令和　年　月　日	
	住　　所	〒（　　－　　）　電話番号（　　－　　－　　）			
	加　入 医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄	
		被保険者証の記号・番号			
		保険者名		保険者コード	
申請者（※3）	フリガナ		受診者との続柄		
	氏　　名		個人番号（マイナンバー）		
	住　　所	〒（　　－　　）　電話番号（　　－　　－　　） （送付先が異なる場合　〒　　）			

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）		重症患者認定		人工呼吸器等装着		高額治療継続

申請者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給（市町村民税非課税世帯の方のみ記入）	有　・　無　（有の場合は金額が確認できるものを添付） ※添付がない場合、正しく本人年収の確認ができないため、Ⅲ（低所得Ⅱ）の階層区分になります。
今回申請する受診者と同じ支給認定世帯内にいる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者又は申請中の者	有（氏名　　） ※有の場合は受給者証もしくは申請書の写しを添付し、支給認定基準世帯員の一覧（裏面）にも該当者について記入してください。 無

指定医療機関	受診を希望する医療機関名（薬局、訪問看護事業所を含む）	所　在　地
		当欄に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が児童福祉法に基づき指定された指定医療機関であれば医療費助成を受けることができます。

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（※4,5）（医療意見書に記載された「診断年月日」等）	令和　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 ☐症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐その他〔　　〕

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。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名

石川県知事　　殿

※１新規・更新・変更のいずれかに〇をする
※２更新または変更の方のみ記入
※３受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
※４小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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ヶ月前（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）の同じ日まで遡って申請することが可能。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、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を記載。
※５更新の場合は、原則記入不要。

●裏面も記載してください

世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入している方は、
同居・別居を問わず全員記入して下さい。（※血友病等先天性血液凝固因子障害疾患の場合は記載不要）

	氏　名		受診者との続柄	【社会保険の方】被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有無（※6）
受診者			本人	・被保険者 ・被扶養者	・有　難病（受給者番号　　） ・無
1	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			・被保険者 ・被扶養者	・有 1難病（受給者番号　　） 2小慢（受給者番号　　） ・無
	生年月日	年　月　日			
	個人番号（※7）				
	住所（※8）				
2	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			・被保険者 ・被扶養者	・有 1難病（受給者番号　　） 2小慢（受給者番号　　） ・無
	生年月日	年　月　日			
	個人番号（※7）				
	住所（※8）				
3	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			・被保険者 ・被扶養者	・有 1難病（受給者番号　　） 2小慢（受給者番号　　） ・無
	生年月日	年　月　日			
	個人番号（※7）				
	住所（※8）				
4	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			・被保険者 ・被扶養者	・有 1難病（受給者番号　　） 2小慢（受給者番号　　） ・無
	生年月日	年　月　日			
	個人番号（※7）				
	住所（※8）				
5	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名			・被保険者 ・被扶養者	・有 1難病（受給者番号　　） 2小慢（受給者番号　　） ・無
	生年月日	年　月　日			
	個人番号（※7）				
	住所（※8）				

※６指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が有の者については、当該者の保険証の写しを添付すること。
※７国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付してください。
※８支給認定基準世帯員の住所については、表欄に記載した受診者又は申請者の住所と異なる場合のみ記入してください。

書類を提出する方が申請者と異なる場合	氏名　　受診者との関係 住所 TEL

※センター押印欄

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認