

## 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

申請区分 (変更事由) *該当するものに○を付ける。	新規・転入・更新・疾病(変更・追加) 人工呼吸器・重症・高額・世帯按分・保険変更 再交付(毀損・紛失)・その他( )	受給者番号 *新規、転入の場合は記入不要	
受診者	フリガナ	生年月日	年齢
	氏名	年 月 日	歳
	住所	日中に連絡が取れる電話番号 ( ) -	
	加入する医療保険等 *該当する番号に○を付ける。	医療保険の内容	フリガナ 被保険者の氏名
	1 被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合等) 2 市町村国民健康保険(市町村国保) 3 国民健康保険組合(業種別国保組合) 4 生活保護 5 その他( )	記号	番号
		保険者の名称	
申請者	*受診者本人と異なる場合に記載。なお、受診者本人の場合は「氏名」欄に本人と記載する。(裏面「世帯調書」も同じ。)		
	フリガナ	受診者との続柄	日中に連絡が取れる電話番号
	氏名	( ) -	
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ住所 * <input checked="" type="checkbox"/> を付けた場合、住所は記載不要	
疾病名	①	②	
自己負担上限額の特例	*右のうち該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> を付ける。 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者の基準に該当 <input type="checkbox"/> 重症患者認定基準に該当 <input type="checkbox"/> 高額な医療費が継続している場合		
	受診者と生計同一の世帯において指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受給(申請)している者の有無 *「有」に○を付けた場合は、下欄に受給(申請)者を記載する。(申請中の場合は受給者番号の記載不要)		
	種類	難病・小慢	氏名
転入状況	年 月 日 転入	転入前の住所	都道府県 市区町村 受給者番号
上記及び裏面に記載のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。			
年 月 日 京都府知事 様 (申請者氏名)			

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 (※1, 2)	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 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大規模災害で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 ( )
--	-------	---

※1 原則として医療意見書の「診断年月日」を記載してください(「診断年月日」まで遡って医療費助成を受けることができます)。ただし、申請日から遡る期間が1か月(やむを得ない理由により申請できなかった場合は3か月)を超える場合は、申請日から1か月前(3か月前)の同じ日が医療費助成の開始日となります。

※2 更新申請の場合は、原則記入不要

◆裏面も必ず記載してください。

※この欄は記載しないでください。

処 理 欄	友	I	II	III	IV	V	VI	負担上限額	円
	生	低I	低II	般I	般II	上			
	対象疾病	疾病	成ホ	人呼	重症	高額	按分	適用日	年 月 日
								個人番号	登録済・申出(有・無)
								適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ

受 付 印
持 参 ・ 郵 送

## ■世帯調書

下記の者は、京都府が京都府小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱に基づく事務処理に必要な地方税及び医療保険加入関係情報の取得及び住民基本台帳関係公簿の閲覧を行うことに同意します。本書の複写は無効であり、小児慢性特定疾病医療費支給認定に関する事務に限り同意することを申し添えます。

受診者と同じ医療保険に加入する者(世帯員)		個人番号	
フリガナ 氏名	受給者との続柄及び生年月日	1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ記載) *1月～6月に申請する場合は前年の1月1日現在	
受診者	受診者との続柄	本人	
			都道府県 市区町村
申請者	受診者との続柄		
	年 月 日生( 歳)		都道府県 市区町村
その他の世帯員	受診者との続柄		
	年 月 日生( 歳)		都道府県 市区町村
	受診者との続柄		
	年 月 日生( 歳)		都道府県 市区町村
	受診者との続柄		
	年 月 日生( 歳)		都道府県 市区町村
	受診者との続柄		
	年 月 日生( 歳)		都道府県 市区町村

市町村民税非課税世帯で障害年金等を含む年収が80万円を超える場合	市町村民税が非課税の場合で、申請者(保護者又は成年患者)の年収が80万円を超えるため、自己負担上限月額が階層区分Ⅲ(非課税世帯区分の上位)となることを承諾し、障害年金、特別児童扶養手当等の給付を証明する書類は提出しません。(非課税証明書を提出) ※同意される場合は記名してください。(申請者氏名)
市町村民税の所得割額が251,000円以上である場合	市町村民税(所得割)が251,000円以上であるため、自己負担上限月額が上位所得区分(最も高い負担額)となることを承諾し、市町村民税課税証明書を提出しません。(新規(転入)申請で、国民健康保険組合(業種別国保組合)に加入する場合を除く。) ※同意される場合は記名してください。(申請者氏名)

## ■受診する指定医療機関(病院・診療所)

名 称	所 在 地

※ 受診する主な医療機関(1つ以上)の名称及び所在地を正確に記載してください。