

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書										
申請区分 (該当するものに○)	新規・更新・転入・疾病追加 再交付・負担額変更・医療機関追加			受給者番号 ※1						
申請疾病名 医療意見書の病名を記載	※他疾患 無・有									
受診者	ふりがな				生年月日			年齢		
	氏名				和暦					
	個人番号				年	月	日	歳		
	住所	(〒 - )			(電話 - - )					
	保険種別 及び 保険者名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国保</li> <li>・被用者保険(本人・家族)</li> <li>・国保組合(本人・家族)</li> <li>・生活保護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市 町 村</li> <li>・全国健康保険協会北海道支部</li> <li>・全国健康保険協会</li> <li>・その他( )</li> </ul>	保険証の記号・番号						
					(記号)					
					(番号)					
保護者※2	ふりがな				受診者との続柄					
	氏名				個人番号					
	住所 □(受診者と同じ)	(〒 - )			(電話 - - )					
自己負担上限月額特例 (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						
受診を希望する (指定)医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む) ※4件目以降は裏面に記入 □ 追加 □ 削除	医療機関名				所在地					
申請が認定された場合の医療費助成開始日について ※3										
申請が認定された場合の医療費助成開始日は、申請日の1か月前の日、または指定医の診断年月日のいずれか後の日に遡ることができます。										
※申請書類提出までに時間を要したことに、やむを得ない理由があると認められる場合には、医療費助成開始日は申請日の最長3か月前の日、または指定医の診断年月日のいずれか後の日に遡ることができます。										
【提出までに時間を要した理由】(該当するものに☑)										
<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 受診者が症状の悪化又は入院等により、申請書類の準備・提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 [ ]										
<input type="checkbox"/> <b>希望しない場合のみ☑</b> 医療費助成開始日の遡りを希望しない場合は、☑を記入してください。 (医療費助成開始日の遡りを希望する場合は記入不要です。) ※希望しない場合、認定された場合の医療費助成開始日は北海道が申請書類を受理した日からとなります。										
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。										
北海道知事 様 _____年 _____月 _____日 申請者(保護者)氏名 _____ (記名)										
以下、保健所等記入項目であるため、記載不要です。										
診断年月日	遡り期間	自己負担区分			特例要件					
年 月 日	<input type="checkbox"/> 診断日 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 1か月	血・生保・低Ⅰ・低Ⅱ・般Ⅰ・般Ⅱ・上位			高長・重症・人工・按分・境界					
收受印				審査欄	承認	非承認	保留			
保健所(支所)		地域保健課		疾病						
				重症						
				備考						
消印： _____年 _____月 _____日										

※1 新規・転入の場合は記入不要。  
 ※2 保護者のうち生計中心者の氏名を記入。  
 なお、受診者が18歳以上の場合は記入不要。  
 ※3 新規・更新・疾病追加のみ対象。

様式1（裏面）

受診を希望する (指定) 医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む)  <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名	所在地	

<保険証のコピー、市町村民税の所得及び課税状況が確認できる書類について>

～加入している医療保険の種別により提出の必要な方が異なります～

医療保険種別	保険証のコピー	市町村民税所得課税額証明書類	備考
被用者保険			
被保険者が受診者（受給者） 以外の場合	受診者（受給者）	被保険者	※被保険者が非課税の場合、 所得課税証明書が必要
被保険者が受診者（受給者） の場合	受診者（受給者）	被保険者（受診者（受給者））	
国民健康保険（市町村国保）			
保護者も国民健康保険の場合	同一世帯の国民健康保険加入者全員 ※受診者（受給者）以外の義務教育終了前の者は省略可	同一世帯の国民健康保険加入者全員 ※受診者（受給者）を含む義務教育終了前の者は省略可	
保護者が後期高齢者医療保険 の場合	同一世帯の国民健康保険及び後期高齢者医療保険全員 ※受診者（受給者）以外の義務教育終了前の者は省略可	同一世帯の国民健康保険及び後期高齢者医療保険全員 ※受診者（受給者）を含む義務教育終了前の者は省略可	
国民健康保険組合	同一世帯の国民健康保険組合加入者全員	同左	※所得課税証明書が必要

・次のいずれかの「当該年度」書類を提出してください。

- ア 市町村民税（非）課税証明書（原本）
- イ 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書（写し）
- ウ 市町村民税の税額決定・税額通知書（写し）

※支給認定期間の開始月が4月～6月の場合は「前年度」書類が必要となります。

・市町村民税**非課税**の方は次の書類を併せて提出してください。（イは該当する方のみ）

- ア 所得証明書（所得課税証明書を提出する場合は不要）
- イ 障害年金や特別児童扶養手当等を受給されている方は、前年の支給額が確認できる書類の写し

**注 源泉徴収票・確定申告書・納税証明書では受付できません**

**委任状**

北海道知事 様

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

委任者 住所 〒 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_（記名）

私は、次の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請・小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請に関する権限を委任します。

代理人 住所 〒 \_\_\_\_\_  
(電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_)  
氏名 \_\_\_\_\_（記名）

【委任者との関係 \_\_\_\_\_】

- ・代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出のみ代行の場合は不要
- ・代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認出来る身分証明書等をご持参ください。