

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受診者	フリガナ											生年月日					
	氏名											年 月 日生 (満 歳)					
	個人番号																
	住所	〒									電話番号	()					
		世田谷区															
保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (退職被保険者)										本人・家族					
	記号																
申請者※1	フリガナ											受診者との続柄					
	氏名																
	個人番号																
	住所	受診者の住所・電話番号と異なる場合は下欄に記入してください。															
		〒									電話番号	()					
		世田谷区															
受診医療機関	名称						名称										
	所在地						所在地										
	名称						名称										
	所在地						所在地										
	名称						名称										
	所在地						所在地										
疾病名																	
月額負担上限額の特例 (該当する場合にチェック)	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 ※2		<input type="checkbox"/> 重症申請 ※3			<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 ※4			<input type="checkbox"/> 世帯内按分 ※5								
世帯内按分対象者	難病	氏名			受給者番号												
	小児慢性	氏名			受給者番号												
上記のとおり、別紙関係書類を添えて小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 申請者氏名 _____ 年 月 日 世田谷保健所長 াতে						以下の項目に同意できない場合は、□の欄に×印を記載してください。 <input type="checkbox"/> 医療費支給認定のため、申請者、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民登録情報、税情報及び所得区分情報を確認します。また、医療意見書等の確認のため、関係医療機関に照会します。											

- ※1 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受診者との続柄欄に本人と記載する。
- ※2 月の医療費の総額が5万円（医療保険が2割負担の場合、月の自己負担額が1万円）を超える月が年間6回以上ある方
- ※3 重症患者認定基準を満たしている方
- ※4 人工呼吸器若しくは人工心臓を常時装着している方
- ※5 医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる方

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等の確認 <input type="checkbox"/> その他 ()

収 受 印 欄	
------------------	--