

| | | |
|------------|-----------------------|--------------------|
| 保健所 記入欄 | 区分：新規・継続・疾患追加・疾患変更・転入 | 特例：無・重症・呼吸器等・按分（ ） |
| | 複数疾病：なし・あり（ ） | |
| | 階層：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・友（ ） | 成長ホルモン：無：有 |
| | 審査会 / 承認・不承認・返戻（ ） | |

様式第8号(第6条、第9条関係)

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

(提出先)
川越市長

申請者 住 所 〒

フリガナ
氏 名
個人番号

※既に提出済みの場合は記入不要です。

電話番号
受診者との続柄

次のとおり小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請します。

| | | | |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 申請の種類 | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 更新 | <input type="checkbox"/> 変更 |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

| | | | | | | | |
|---|---|----------|-------------------------------|--|----------------------------------|------------|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 受 診 者 | フリガナ | | | | | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | 年 月 日 (歳) | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | |
| | | 電話番号 () | | | | | |
| | 疾 病 名 (意見書の診断名) | | | | 身体障害者 手帳の有無 | 有 (級)・無 | |
| 加 入 し て い る 医 療 保 険 等 | 被保険者氏名 | | | | | 受診者との続柄 | |
| | 保険者名称 | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | |
| 受 診 を 希 望 す る 指 定 医 療 機 関、 薬 局 又 は 訪 問 看 護 事 業 者 | 名称 | | | | 所在地 | | |
| | 名称 | | | | 所在地 | | |
| 該 当 す る 所 得 区 分 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 | | | | | | |
| 自 己 負 担 上 限 額 の 特 例 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 | | <input type="checkbox"/> 重症患者 | | <input type="checkbox"/> 高額治療継続者 | | |
| | <input type="checkbox"/> 世帯内あん分特例 有 (氏名) ・ 無 | | | | | | |

備考

- 「申請の種類」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。
- 「受給者番号」の欄は、申請の種類が更新又は変更の場合に記入してください。
- 「受診者」の欄は、申請者が受診者本人である場合、氏名、フリガナ、個人番号及び住所の項目の記入は不要です。
- 「該当する所得区分」及び「自己負担額上限額の特例」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。

<個人情報等に係る同意事項について>

- 私は、本申請(申請書、診断書及び添付書類)に基づく調査結果及び個人情報について、次の事項に同意します。
- 治療研究の資料として国に提供すること。
 - 他の都道府県等へ転出をする場合等に転出先の都道府県等に引き継ぐこと。
 - 国、川越市が小児慢性特定疾病に関する目的で使用すること。
 - 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療の給付に関する事項の照会を行い、回答を得ること。
(例：住民基本台帳や課税状況の確認など)

年 月 日

申請者氏名

(本人が署名してください。)

(裏)

以下の欄は、の部分のみ記入してください。

| |
|-------|
| 受診者氏名 |
|-------|

| |
|-----|
| ※階層 |
|-----|

受診者本人と同一の医療保険に加入する世帯構成員

| 世帯構成員の氏名 | 続柄 | 生年月日 | 難病の患者に対する医療等に関する法律の規定による指定難病・小児慢性特定疾病医療費受給の別 | ※備考 |
|----------|----|------|--|-----|
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |

受診者本人と同一の医療保険に加入する世帯構成員で住所が異なるもの

| 世帯構成員の氏名 | 続柄 | 生年月日 | 指定難病・小児慢性特定疾病医療費受給の別 | ※備考 |
|----------|----|------|--|-----|
| | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| 住所 | | | <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 | |
| 個人番号 | | | | |
| 住所 | | | | |

受診者本人と同一住所に居住し、加入する医療保険が受診者本人と異なる世帯員

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | | ※備考 |
|----|----|------|--|-----|
| | | | | |
| | | | | |