

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (変更)

年 月 日

愛媛県 保健所長 様

居住地

保護者

氏名

(受診者との続柄)

電話番号

※居住地と電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入

受 診 者	受給者番号												
	フリガナ												
	氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日							
	居住地	〒					電話番号						
指定小児慢性特定 疾病医療機関 (病院・診療所、薬 局、訪問看護ステー ションを記入) (該当するものにレ印)			医療機関名					所在地					
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除												
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除												
小児慢性 特定疾病 (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	病名：											
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	病名：											
自己負担上限額 (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に該当した。											
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月の間に、小児慢性特定疾病医療支援に関する月ごとの医療費総額が、50,000円を超える月が6回以上あった。										
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	重症患者認定基準に該当した。										
	<input type="checkbox"/>	現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で指定難病の医療費助成を受けている又は申請中である。											
	<input type="checkbox"/>	今回申請する受診者と同じ医療保険の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	受給者番号	(難病・小慢)									
			氏名										
<input type="checkbox"/>	氏名	受給者番号	(難病・小慢)										
		氏名											
<input type="checkbox"/>	その他の ()												
備 考													

連絡先に関する事項

記載内容や添付書類等で管轄の保健所が確認等する場合の連絡先は、

- 受診者本人
- 申請者
- その他（下記に記載）

を希望する。

(いずれか1つの□の中にレ印を付すること。)

フリガナ 氏 名	受診者との 続柄	住 所 (受診者と同居の場合は省略可)	電話番号 (受診者と同居の場合は省略可)
		〒	