

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

申請者 居住地 \_\_\_\_\_

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				年 齢	歳	生年月日
	氏名						年
	居住地	〒 _____				電話番号	_____

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)
	<input type="checkbox"/>		氏名				
<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)	
<input type="checkbox"/>		氏名					
<input type="checkbox"/>	そ の 他 ( _____ )						

支給開始の前倒し (該当するものにレ印) ※病名変更・追加時のみ	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない
--	--------------------------	------	--------------------------	-------

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 (診断日または軽症高額の基準を満たした日の翌日)	年 月 日	<p>【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】</p> <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票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  _____
---	-------	---

[保健所記入欄]	年 月 日	《裏面に続く》
----------	-------	---------

(裏面)

\* 送付先について (いずれか1つの□の中にレ印を付してください。)

<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 (下記に記載) を希望する。		
氏 名	受診者との続柄	住 所 (受診者と同居の場合は省略可)
		〒

\* 問合せ先について (いずれか1つの□の中にレ印を付してください。)

<input type="checkbox"/> 受診者本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 (下記に記載) を希望する。		
氏 名 (フリガナ)	受診者との続柄	電 話 番 号

《備考》

--