|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（ 新規 ・ 更新 ）  ※新規、更新のいずれかに○を付すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受  診  者 | 受給者番号（※更新申請時のみ記入） | |  |  | |  |  | |  | |  |  | | 個人番号 | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 年  齢 | | | | 歳 | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険  □生活保護  受給者  □加入あり  　（右欄も記入）  □加入なし  （該当する場合レ印） | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 種 別 | | | | | ・協管本人　 　・共済本人　 　・国保一般  ・協管家族　 　・共済家族　 　・国保退職  ・健組本人　 　・船員保険　 　・国保組合  ・健組家族 ・後期高齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者証の  記号・番号 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 被保険者証  発行機関名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾　病　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額  （該当するものにレ印） | | | □ | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 重症患者認定 | | | | | | | | 重症患者認定基準に該当した。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 現在認定を受けている小児慢性特定疾病以外の疾病で難病の医療費助成を受けている又は申請中である。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | （難病・小慢） | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の意見書を作成した医療機関  記載の医療機関以外でも指定医療機関であれば、医療費の助成を受けることができます。 | | | | | | | | | | 医 療 機 関 名 | | | | | | | | | | | | | | | 所 在 地 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　愛媛県　　　　　　　保健所長　　様  居　住　地  申　請　者  氏　　　名  （受診者との続柄　　　　　　　）  電話番号  個人番号  ※居住地と電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入  ※受診者本人または保護者以外の場合は委任状が必要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔保健所記入欄〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ≪裏面に続く≫ | | | | | |
| 申請者の本人確認 | | 1つで可 | □運転免許証　　□身体障害者手帳　　□個人番号カード　　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 2つ以上 | □医療保険証　　□介護保険証　　　　□医療受給者証（　　　　　）　□その他（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 受診者等の番号確認 | | □通知カード　　　□住民票（個人番号付き）　　□個人番号カード　　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者及び支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）  ※太枠内のみ記入  ※受診者が被用者保険に加入している場合は、受診者及び被保険者のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | 〔保健所記入欄〕 |
| フ リ ガ ナ  世帯員氏名 | | 受診者  との続柄 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | 市町村民税（所得割）  課税年額又は収入金額 |
|  | | 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| ※医療保険の世帯（同じ医療保険に加入している者）全員、市町村民税が非課税の場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 保護者年収が80万円超 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 保護者年収が80万円以下 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ 障害年金あり　　□ 遺族年金あり　　□ 特別障害者手当あり　　□特別児童扶養手当あり  □ その他収入あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□ その他収入なし | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔保健所記入欄〕　世帯の市町村民税（所得割）課税年額  　　又は非課税世帯の場合収入金額 | | | | | | | | | | | 合　　計 | | | |  | |
| 階層区分 | | | |  | |

＊申請時点での状況をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 1. あり（等級　　　級）　　　　　2. なし | |
| 生活状況 | 社会活動 | 1. 就労　　2. 就学　　3. 家事労働　　4. 在宅療養　　5. 入院　　6. 入所  7. その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日常生活 | 1. 正常　　　　　　　　　2.やや不自由であるが独力で可能  3. 制限があり部分介助　　4.全面介助 |

＊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） |
|  |  | 〒 |  |

≪備考≫

|  |
| --- |
|  |