

受給者番号	疾患群

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)

奈良県知事 殿

年 月 日

下記のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

フリガナ											性別	男 ・ 女	年齢	歳	生年月日
氏名															年月日
個人番号	□	□	□	一	□	□	□	一	□	□	□	□	□	□	□
受診者	〒	□	□	□	一	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	住所	フリガナ 奈良県													
加入医療保険	保険種別	協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保													
	受診者との続柄	家族・本人(国保・国保組合に加入の方又は本人が被保険者の方)													
	被保険者証の記号・番号	記号	□	□	□	番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	被保険者氏名														
	被保険者証発行機関名														

※申請者は原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者(医療費支給認定保護者)になります。

申請者(保護者)	フリガナ	印 (自署又は記名押印)										受診者との関係 (該当するものに□)	□ 父 □ 母 □ その他 ()					
氏名													□	□				
個人番号	□	□	□	□	一	□	□	□	一	□	□	□	□	□				
住所 (該当するものに□)	□受診者の住所と同じ																	
	□受診者の住所と異なる (右に住所をご記載ください)	〒	□	□	□	一	□	□	□	□	□	□	□	□				
電話番号	自宅	—																
	日中に連絡が取れる番号 (今回の申請に関する連絡先)	受診者との関係	父・母 その他()	電話番号	—													
該当する階層区分	生活保護・低所得I・低所得II・一般所得I・一般所得II・上位所得																	
受給者証の送付先 (希望するものに□)	□受診者の住所	□申請者の住所 (宛名:)	住所: 〒															
□その他()																		
疾病名																		
特例 (該当の場合□)	□重症患者認定								□人工呼吸器装着者									
	□高額かつ長期								□血友病									
受診者以外で、同じ世帯内に小児慢性特定疾 病医療費助成を受けている方はいますか (該当するものに□) (申請中のものも含む。)	□ いいない	□ いる	(以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。															
	氏名	□				受給者番号	□	□	□	□	□	□	□	□				
受診者を含め、同じ世帯内に特定医療費助成 を受けている方はいますか (該当するものに□) (申請中のものも含む。)	□ いいない	□ いる	(以下に氏名と受給者番号をご記載ください) ※受給者証の写しの提出が必要です。															
	氏名	□				受給者番号	□	□	□	□	□	□	□	□				

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用についての同意

厚生労働大臣 殿

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

年 月 日

申請者氏名

印

(自署又は記名押印)

保健所使用欄	
受付印	
※整理欄	
階層区分	
□個人番号確認	
□その他収入なし	

【裏面もご記入ください】

(裏面)

受診を希望する医療機関 (訪問看護事業所及び薬局を含む。)		①当該疾病について、治療等を受ける指定医療機関を記載してください。 ※意見書を記載した指定医療機関を必ず記載してください。 ②利用する調剤薬局を記載してください。 ③訪問看護事業所を利用する場合は、別に訪問看護用の申請書と指定医の指示書の写しの提出が必要です。	
指定医療機関等 (病院・診療所・調剤薬局・訪問看護事業所名)			
所在 地			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

世帯調書

○住民票上の世帯全員について記載してください。

※住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記載してください。

○生活保護受給者の方も記載してください。

世帯員氏名		生年月日	受診者との続柄	住民票が別の場合に○	加入医療保険種別と被保険者・被扶養者の別	受診者と同じ保険の加入者に○
1	※受診者氏名を記載してください。		受診者本人		協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	○
2		年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者	
3	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	
4	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者	
5	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	
6	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者	
7	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	
8	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者	
9	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		協会健保・健保組合・共済・国保・国保退職・後期高齢・国保組合・その他・生保	
10	個人番号	年月日	父・母・兄・弟・姉・妹 祖父・祖母・その他()		被保険者・被扶養者	