

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兼小児慢性特定疾病登録者証申請書（更新）

奈良県知事 殿
令和 年 月 日
下記のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給（及び小児慢性特定疾病登録者証の交付）を申請します。

受 診 者	フリガナ 氏 名					年 齢 (申請日時点年齢)	歳	生 年 月 日
	現在の認定情報からの住所・加入医療保険の変更の有無（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ）							
	現在の認定情報							
	【住所】〒 【加入医療保険】<保険種別> <保険者> <受診者との続柄> <記号・番号> <被保険者氏名>							
	<input type="checkbox"/> 変更なし							
	<input type="checkbox"/> 変更あり（下欄に変更後の情報をご記載ください。）※あわせて現在の受給者証の変更申請が必要です。							
	住 所	〒 -						
	加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	協会健保・健保組合・共済・国保・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）						
記 号 ・ 番 号					被保険者氏名			
保 険 者								

※受診者が18歳未満の場合の申請者は、原則として、受診者が加入している医療保険の被保険者です。

申 請 者	フリガナ 氏 名			受診者との 関 係 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	住 所 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 受診者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 受診者の住所と異なる (右に住所をご記載ください)		フリガナ 〒 -		
	電 話 番 号	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	- -
			受診者との 関 係	父 ・ 母 その他（ ）	電話番号	- -

受給者証の送付先 (希望するものに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者あて <input type="checkbox"/> その他（宛名： 住所：〒 ）
--	--

小児慢性特定疾病医療費 の支給を開始することが 適当と考えられる年月日	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となる場合、該当する理由に <input checked="" type="checkbox"/> 】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、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（ ）
---	-------	---

疾病名	
-----	--

特例 (該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 重症患者	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 血友病

受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他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 <input checked="" type="checkbox"/>) (申請中のものも含む。)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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
	氏 名	受 給 者 番 号

受診者と同じ医療保険上の世帯内に、他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 <input checked="" type="checkbox"/>) (申請中のものも含む。)	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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

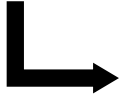
小児慢性特定疾病登録者証	申請する ・ 申請しない
--------------	--------------

保 健 所 使 用 欄	整 理 欄
受付印	<input type="checkbox"/> 個人番号確認 階層区分
	<input type="checkbox"/> その他収入なし

主に受診する指定医療機関（医療意見書を記載した医療機関）（該当するものに☑）

主に受診する指定医療機関 (医療意見書を記載した病院・診療所名)	所 在 地

- ☐ 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関である。
- ☐ 上記の医療機関は小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関でない。（下記に小児慢性特定疾病医療意見書を記載した医療機関を記載してください。）



主に受診する指定医療機関 (医療意見書を記載した病院・診療所名)	所 在 地

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意欄

厚生労働大臣 殿

令和 年 月 日

私は、「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用について」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

住所： 患者署名：

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下に署名してください。

代理人署名：

申し立て欄 該当の項目に☑をいれてください

下記のとおり、相違ありません。 ※申立内容と事実と相違があった場合、児童福祉法第19条の6の規定に基づき、支給認定を取り消すことがあります。	
<input type="checkbox"/>	【申し立てなし】以下の項目にあてはまるものはありません。
<input type="checkbox"/>	【上位所得】世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。
<input type="checkbox"/>	【低所得Ⅱ】障害年金等及び特別扶養手当等の収入を証明する書類を提出しないため、低所得Ⅱ区分となることを了承します。 ※「障害年金等及び特別児童扶養手当等」とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等のことをいいます。
<input type="checkbox"/>	【所得証明書類】普通又は特別徴収に係る証明書に記載された金額の他に、収入はありません。
<input type="checkbox"/>	【同一医療保険に加入する者が全て非課税で保護者（申請者）または成年患者の収入金額が80万9千円以下】提出した所得証明、収入確認書類（障害年金等及び特別児童扶養手当等）に記載された金額以外の収入はありません。 ※保護者（申請者）とは、次の者をいいます。 受診者が「国民健康保険以外（社会保険・共済組合等）」に加入の場合 → 受診者が加入する医療保険の被保険者 受診者が「国民健康保険（市町村国保・業種別国保組合）」に加入の場合 → 受診者と同一の医療保険に加入する保護者のうち最も収入の高い者 ※成年患者とは18歳以上の受診者のことをいいます。 ※「障害年金等及び特別児童扶養手当等」とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等のことをいいます。

世帯調書

受給者番号： _____

- ・個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による添付書類の省略について
 ※「小児慢性特定疾病医療費支給認定更新申請における個人番号（マイナンバー）の提出について」の
 P2～P3をお読みください。

○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。

フリガナ 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○
		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 100px; height: 100px; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div>		受診者本人			協会健保・健保組合・共済 国保・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	○
マイナンバー						申請者の場合にチェック→ <input type="checkbox"/> 申請者		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						申請者の場合にチェック→ <input type="checkbox"/> 申請者		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
		T・S・H・R 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・国保組合・その他・生保 被保険者・被扶養者	
マイナンバー						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		
令和7年1月1日時点で住民票のあった市区町村名()						情報連携により省略する書類 【住民票・（非）課税証明書・加入保険情報】		