

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更) (※1)

※申請時には、窓口に来られる方の身元確認ができるもの(個人番号カード、住基カード(写真付)、運転免許証)をご持参ください。

申請者(※2)	フリガナ					対象児との関係				
	氏名									
	個人番号							<input type="checkbox"/>		
	フリガナ									
	住所					電話番号				
	フリガナ									
対象児	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	氏名							年	月	日
	個人番号									
	フリガナ					電話(※3)				
	住所(※3)									
	加入医療保険	被保険者氏名					対象児との関係			
保険種別		協会・健組・共済・船員・国保・生保 その他()				被保険者証の 記号・番号				
被保険者証 発行機関名										
所在地										
自己負担上限額の特例等 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期						
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定						
	<input type="checkbox"/>	みなし寡婦(夫)控除								
疾病名								<input type="checkbox"/> 受給者証に疾病名の記載希望しない ※ 受診する指定医療機関に対して、医療費の算定のため、疾病名の提供を行うことがあります。		
受診を希望する(指定)医療機関、訪問看護事業者	医療機関・訪問看護事業者名				所在地					
受給者番号										
<p>上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。申請受付後、私が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認することについて同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印(※4) ※代理人が手続きをする場合は、裏面の委任状欄への記載が必要です。 _____ 年 月 日 _____ 福岡市長 殿</p> <p>※1新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。 ※受給者証の有効期間の始期は保健福祉センター(保健所)受付日からなります。 ※2申請者の欄には対象児が加入する医療保険の被保険者のお名前を記載してください。※原則申請者の住民票の住所地へ受給者証を送付します。 ※3申請者と異なる場合に記入してください。 ※4申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。</p>										
自治体記入欄(以下の欄は申請者は記入しないでください。)										
認定期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日									
該当する所得区分	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									
審査結果	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	所長	課長	係長	係員	保健所受付印				
委員氏名										
	保 第 号	送付年月日	年	月	日					

職員確認欄

<1点確認書面> 個人番号カード 住基カード(写真付) 運転免許証、運転経歴証明書 旅券 身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 在留カード、特別永住者証明書
その他()

<2点確認書面> 住基カード(写真なし) 公的医療保険・被保険者証 年金手帳 児童扶養手当証明書、特別児童扶養手当証書
その他() その他()

●世帯調書兼同意欄(対象児と同じ健康保険に加入する方、全員をご記入ください。)

【裏】

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請(新規・更新・変更)の該当要件等を審査するため、税部門へ市民税の課税額等を市民税課税資料等で調査・確認することについて同意します。

該当年(※)の1月1日に、住所地を設定していた自治体	福岡市・()
----------------------------	---------

※ 該当年とは、申請する月が1月から6月までの場合は前年、申請する月が7月から12月までの場合は今年のことをいいます。
 ※ 福岡市以外の方は、自治体名を都道府県から記載してください。

氏名	続柄	生年月日	備考		市民税額
			<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 指定難病	
印※1	(対象児)		※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1	(申請者)		※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
住所					
印※1			※受給者番号		
			個人番号(※2)		
住所					

※ 太ワク内は記入しないでください。
 ※1, ※2 加入医療保険が国保・国組の方は、同じ医療保険に加入されている方全員の個人番号の記載と押印をお願いします。加入医療保険が社保の方は、対象児と同じ保険に加入されている方全員のお名前を記載いただき、被保険者のみ個人番号の記載と押印をお願いします。

階層	合計

●課税状況が確認できない場合の同意について

未申告等の理由により、課税状況が確認できない場合は、自己負担上限月額が上位所得(階層区分VI)となることに同意します。	
※課税状況の確認が必要な範囲	国保・国組：同じ医療保険に加入されている方全員 社保：被保険者、支給認定保護者(対象児本人が被保険者の場合のみ)
年 月 日	
申請者氏名	印 ※自署もしくは記名・押印

●委任状(手続きをする方が、申請者と異なる場合は申請者が記載してください。)

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)に規定される、個人番号の提供を伴う以下の申請について、下記の者に委任します。	
年 月 日	
○ 申請種別(該当する申請を○で囲んでください)	
・ 新規申請(児童福祉法施行規則第7条の9第1項)	・ 更新申請(児童福祉法施行規則第7条の9第1項)
・ 変更の届(児童福祉法施行規則第7条の9第3項)	
○ 委任者(申請者)	
氏名	印 ※自署もしくは記名・押印 生年月日 年 月 日
住所	
○ 受任者(手続きをする方)	
氏名	生年月日 年 月 日
住所	