

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											受診者との関係						
	氏名																	
	個人番号																	
	フリガナ											電話番号	※日中連絡のつく電話番号をご記入ください					
	住所																	
受診者	フリガナ								年齢	歳	生年月日							
	氏名										年 月 日							
	個人番号																	
	フリガナ											電話番号 ^(※3)						
	住所(※3)																	
	加入医療保険	被保険者氏名										受診者との関係						
		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☑)	☐	人工呼吸器等装着					☐	高額かつ長期									
☐		世帯内按分特例					☐	重症患者認定										
疾病名		☐ 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												
						※所在地は、追加・変更する医療機関・訪問看護事業者のみ記載												
受給者番号 ※4																		
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 (※5,6)		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っている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他 []											
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。																		
福岡市長 殿 年 月 日																		
申請者氏名																		
※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。																		
※1新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。																		
※2申請者の欄には受診者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更新または変更の方のみ記入してください。																		
※5小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能です。 そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載してください。																		
※6更新の場合は、原則記入不要です。																		
職員確認欄										区受付印		こども未来局受付印						
〈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()																		

