

|               |   |       |   |
|---------------|---|-------|---|
| 職員<br>記入<br>欄 | 1新規・2県外転入・3更新・4変更・<br>5記載事項変更・6世帯状況届出   | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 更新忘 <input type="checkbox"/> 再登録 <input type="checkbox"/> 個番不可 <input type="checkbox"/> 研同不可 <input type="checkbox"/> 非開希望 |
|               | <input type="checkbox"/> 複数 <input type="checkbox"/> 病名追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 <input type="checkbox"/> 重症（新・継） <input type="checkbox"/> 人工（新・継） <input type="checkbox"/> 高額長期（新・継） <input type="checkbox"/> 按分（適用・解除） |       |   |
|               | <input type="checkbox"/> 更新保険者照会（社保非課税・国保組合・社保昨年非課税・更新保険変更同時・保険者照会結果待ち）   |       |   |

別紙様式第1号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・県外転入・更新・変更・記載事項変更届出）／小児慢性特定疾病登録者証申請書

※変更・記載事項変更届出の場合は、受給者番号・受診者情報氏名を記入の上、変更となる部分のみをご記入ください。

|  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
|--|---|---|--------------------|----------|-------------------|---|---|--|--|-----|--|
| 1. 受診者情報／要支援者情報  |   |   |                    | 受給者番号    |                   |   |   |  |  |     |  |
| フリガナ   |   |   | 年齢                 | 生年月日     |                   |   |   |  |  |     |  |
| 氏名   | 姓   | 名 | 歳                  | 平成<br>令和 | 年                 | 月   | 日 |  |  |     |  |
| 郵便番号   | 〒   |   | 日中連絡を取り<br>やすい電話番号 |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 住所（市町名<br>から記入）  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 2. 受診者／要支援者加入医療保険情報  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| フリガナ   |   |   | 受診者との続柄            |          | 本人・父・母・<br>その他（ ） |   |   |  |  |     |  |
| 被保険者氏名   | 姓   | 名 |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 保険者番号  |   |   | 被保険者証の<br>記号・番号    |          | 記号                |   |   |  |  |     |  |
| 保険種別   | 協会けんぽ・組合健保・共済・国保（一般）・国保（退職）・<br>国保組合・後期高齢・その他・生活保護（未加入） |   | 番号                 |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 3. 疾患等情報   |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 疾病名  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 自己負担上限額の特例（該当する場合□にチェックを記入）  |   |   |                    |          |                   | 該当する場合□にチェックを記入   |   |  |  |     |  |
| <input type="checkbox"/> 重症患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 按分申請（適用・解除） |   |   |                    |          |                   | <input type="checkbox"/> 病名追加 <input type="checkbox"/> 病名変更 |   |  |  |     |  |
| 4. 申請者（保護者又は成年患者・要支援者）情報   |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| フリガナ   |   |   | 受診者との続柄            |          | 本人・父・母・<br>その他（ ） |   |   |  |  |     |  |
| 氏名   | 姓   | 名 |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 郵便番号   | 〒   |   | 日中連絡を取り<br>やすい電話番号 |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 住所（市町名<br>から記入）  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 5. 郵送先情報（4. 申請者情報に記載する住所と書類の郵送先が異なる場合のみ記入）   |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| フリガナ   |   |   | 受診者との続柄            |          | 本人・父・母・<br>その他（ ） |   |   |  |  |     |  |
| 氏名   | 姓   | 名 |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 郵便番号   | 〒   |   | 日中連絡を取り<br>やすい電話番号 |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 住所（市町名<br>から記入）  |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |
| 栃木県知事様 本書のとおり申請します。<br>年 月 日 申請者氏名   |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  | 受理印 |  |
| ※別添「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<br>についての同意書」をご確認いただき、内容にご同意いただける場合は、本申請書と一緒にご提出を<br>お願いいたします。                          |   |   |                    |          |                   |   |   |  |  |     |  |

マイナンバー制度ではDV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報（所在の都道府  
県名又は市町村名）を秘匿することが可能です。希望される方は右の太線枠内に、チェックを記入してください。  
※記入いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみ使用します。  
申請情報については、医療相談会のお知らせ等に利用させていただきます。なお、お知らせ等が不要な方は提出先の各健康福  
祉センターへご連絡ください。

6. 受診を希望する指定医療機関（追加・削除する場合のみ記入）

|   | 名称 | 所在地（市区町村名から記入） |
|---|----|----------------|
| ① |    |                |
| ② |    |                |
| ③ |    |                |

7. 支給認定世帯（住民票上同一世帯で受診者と同じ医療保険に加入している方全員を記入）

※加入保険が協会けんぽ、組合健保、共済の場合は住民票上の世帯に関わらず、本人と被保険者を記入(本人が被保険者の場合は、本人のみ記入。本人が被扶養者の場合は、按分申請をする場合を除き、本人以外の被扶養者は記入不要。)

※生活保護で医療保険に加入していない場合や支給認定世帯に保護者が含まれない場合であっても、個人番号取得のため本人及び保護者の情報を記入。（個人番号提出済の場合は、記入不要。）

|           | 世帯員氏名<br>(フリガナ不要) |   | 患者との続柄 | 生年月日        | 市区町村民税所得割額<br>※税証明書提出者のみ記入 | 小児慢性又は指定難病の受給者に該当する場合<br>(□にチェックと受給者番号を記入)                     |
|-----------|-------------------|---|--------|-------------|----------------------------|--|
| ①<br>(本人) | 姓                 | 名 | 本人     | 平成 年 月 日    | 円                          | <input type="checkbox"/> 指定難病                                  |
|           |                   |   | 個人番号   |             | 受給者番号                      | 本人の小慢は按分対象外  |
| ②         | 姓                 | 名 |        | 昭和 平成 年 月 日 | 円                          | <input type="checkbox"/> 小児慢性<br><input type="checkbox"/> 指定難病 |
|           |                   |   | 個人番号   |             | 受給者番号                      |  |
| ③         | 姓                 | 名 |        | 昭和 平成 年 月 日 | 円                          | <input type="checkbox"/> 小児慢性<br><input type="checkbox"/> 指定難病 |
|           |                   |   | 個人番号   |             | 受給者番号                      |  |
| ④         | 姓                 | 名 |        | 昭和 平成 年 月 日 | 円                          | <input type="checkbox"/> 小児慢性<br><input type="checkbox"/> 指定難病 |
|           |                   |   | 個人番号   |             | 受給者番号                      |  |

|                                      |       |   |
|--------------------------------------|-------|---|
| 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 | <p>【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】</p> <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要した<br><input type="checkbox"/> 症状悪化等により申請書類の準備や提出に時間を要した<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> その他 |
|--------------------------------------|-------|---|

※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。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。なお、更新の場合は、原則記入不要。

登録者証申請(※)       申請する      ・       申請しない      ・       発行済

※「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

8. 階層区分等（職員記入欄）

| 市町村民税所得割額合計 |                | 円           | 階層区分   | 備考 | 登録者証用紙希望 |
|-------------|----------------|-------------|--|----|----------|
| 非課税の場合      | 保護者又は成年患者の年間収入 | 円           | A生活保護・<br>B1(低I)・B2(低II)・<br>C1(一般I)・C2(一般II)・D(上位)・Z(血友病) |    |          |
|             | 障害年金等給付(有・無)   | 円           |  |    |          |
| 世帯員変更(有・無)  |                | 階層区分変更(有・無) |  |    |          |