

様式第1号（表面）

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請（届出）書
千葉県ぜんそく等小児指定疾病医療費助成認定証交付申請（届出）書

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 変更・記載事項変更（ ）
<input type="checkbox"/> 消滅	（理由： 転出 死亡 その他） 消滅日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 再交付 （理由： 紛失 その他）

受給者番号 （新規・転入は記載不要）	受給者証有効期限 （更新のみ）	～ 年 月 日
-----------------------	--------------------	---------

受診者	カナ		年齢	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒 千葉市 区	電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先	
				※現住所が申請年の1月1日 時点の住所と	同一 ・ 非同一 ※非同一の場合、旧住所を記入
旧住所	（〒 - ）	都・道 府・県	市・区 町・村		

保護者 ※受診者が18 歳未満の方の み記入。	カナ		電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先		
	氏名					
	住所	〒 千葉市 区	続柄	受診者から見て		
				※現住所が申請年の1月1日 時点の住所と	同一 ・ 非同一 ※非同一の場合、旧住所を記入	
旧住所	（〒 - ）	都・道 府・県	市・区 町・村			

病名		疾患に関する 変更の場合	変更 ・ 追加
----	--	-----------------	---------

受診者が加入している医 療保険 ※変更の場合は変更後の 情報を記入	保険者名 （加入先）	
	記号番号・枝番 （被保険者番号）	

自己負担上限額の特例と変更 （該当するものに☑）	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	<input type="checkbox"/> 生活保護（受給者・境界層）該当者 （ <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 廃止）
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	<input type="checkbox"/> 階層区分変更
	<input type="checkbox"/> 支給認定世帯員の中で他の小児慢性又は指定難病受給者の該当	

別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」をご 確認いただき、同意される方は、右欄にチェックを お願いいたします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼ すものではありません。	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣 様 私は、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した医療意見書が、別添 「研究利用に関するご説明」のとおり、小児慢性特定疾病の治療研究等、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 を同意します。
---	---

<input type="checkbox"/>	申請受付後、この申請の審査に必要な場合は、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉市における市民税等に関する課税資料、医療 保険情報、住民基本台帳情報、生活保護受給状況について調査・確認されることに同意します。
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉市が受診者が加入する医療保険者 に報告を求めることに同意します。
--------------------------	--

なお、これらの調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。

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っている理由（該当するものに☑） <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（ ）
※更新の場合は 原則記載不要	※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または当該支給認定の申請日から1か月前（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）の同じ日のいずれか遅い日まで遡ることが可能。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、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。	

市町村民税が非課税世帯の方のみ、下記を記入（該当するものに☑）してください。
階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します。

右のチェック欄を踏まえて階層区分が決 定されることについて承諾します。	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したものの他に収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ（1,250円）又は低所得Ⅱ（2,500円）に決定】
	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を 一部又は全部、提出を省略します。【低所得Ⅱ（2,500円）に決定】

本申請書のとおり申請します。 （届出） （あて先） 千葉市長	申請日 （届出日）	年 月 日	申請者名 （届出者名）
--------------------------------------	--------------	-------	----------------

認定開始年月日	認定終了年月日	審査年月日	決定年月日	※裏面も必ず御記入ください。
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	制度区分	国・市	
自己負担上限額 の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着	<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		
備考				

支給認定基準世帯員 記入欄（※受診者本人の情報は記入不要）

カナ 氏名	続柄	生年月日	受給者番号（無の場合は記載不要）
		住所（受診者と異なる場合のみ）	旧住所（市区町村まで）
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			
カナ		年 月 日	No.
氏名		住所	旧住所
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）			

○国保・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ）
 を記入してください。
 ※支給認定世帯員変更の場合は、変更後の世帯を記入してください

受診を希望する 指定医療機関 （更新の場合、変更希望な ければ記入不要）	医療機関情報		医療機関番号（千葉市記入欄）
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	

郵送先	認定の結果等郵送先		本人住所 ・ 下記の郵送先に送付希望（いずれかに○）	
	氏名		受診者との続柄	
	住所	〒 ー	都・道 府・県	市・区 町・村
				電話番号