様式第１号(第５条関係)

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・手帳交付申請書

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入	手帳の交付	希望する ・ 希望しない

受診者	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	氏　名				年 月 日
	個人番号				
	住　所	〒		電話番号	
	加入医療保険	保険種別	協会 ・ 組合 ・ 国保 ・ 共済 ・ 生保 ・ その他		本人・家族
		被保険者氏名		受診者との続柄	
		保険者名		記 号・番 号	
申請者	フリガナ		※ 申請者は受診者と同じ医療保険に加入している保護者（成年患者の場合は本人）	受診者との続柄	
	氏　名				
	個人番号				
	住　所	〒		電話番号	
	※ 申請者の住所、電話番号は、受診者と同じ場合は省略できます。				

受診者と同じ医療保険に加入している指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象者がいる場合	氏　名	受給者番号	自己負担上限月額の特例
			☐ 人工呼吸器等装着
			☐ 高額かつ長期
			☐ 重症患者認定

今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合（申請中含む）は受給者番号	

疾病名		
受給者番号		※ 更新または変更の方のみ記入
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】 ☐ 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（　　　　）

下記事項に同意し、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。
・認定に必要な、私の世帯の住民基本台帳や課税状況等の資料の確認及び提供を求めること。
・被用者保険に加入し低所得区分である場合、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、松江市が私の加入する医療保険者に対して認定に必要な情報を提供し、報告を求めること。

年　　月　　日

申請者氏名

（あて先）松江市長

松江市使用欄
【階層区分】 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ 生保等

裏面にも記入箇所があります

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する被保険者）※国民健康保険または国民健康保険組合に加入の場合

世帯員氏名		受診者との続柄		世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号				個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄		世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号				個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄		世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号				個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄		世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号				個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄		世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号				個人番号			

●日常生活や集団生活において、困っていることや心配なことがありますか？

１．特にない

２．ある

［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

※この申請書の内容により、市保健師よりお電話をさせていただくことがあります。ご了承ください。