

第1号様式（第1条の2、第1条の5関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新）										
受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名						年 月 日			
	フリガナ						電話番号			
	住 所	〒								
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄			
		被保険者記号・番号								
発行機関名										
申請者	フリガナ					受診者との関係				
	氏 名									
	フリガナ					電話番号	※受診者と同じ場合は省略可			
	住 所	※受診者と同じ場合は省略可								
自己負担上限額の特例	<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					
疾 病 名										
受給者番号	※更新申請時に記載									
認定申請期間	(始期) 年 月 日 ~ (終期) 年 月 日									
受診を希望する指定医療機関全て（薬局、訪問看護事業者等を含む。）	医 療 機 関 名				所 在 地					
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。										
年 月 日										
郡山市長										
申請者氏名										

※裏面も記載してください

支給認定基準世帯員（受診者本人も含め同じ医療保険に加入する者全員）

(フリガナ) 氏名	受診者 との続柄	個人番号										小児慢性 特定疾病 の有無	指定難病 の有無	
	本人												有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無
													有・無	有・無

※指定難病の有無については、指定難病の医療受給者証が交付されている場合は、「有」に○をつけてください。

確認欄（※以下の欄は、申請者は記載しないでください。）

添付書類	全員	意見書兼療育指導連絡票・同意書
	該当者のみ	重症申告書・人工呼吸器等証明書・成長ホルモン用意見書・障害年金／手帳等 特定疾病療養受療証・税額証明書・自己負担上限管理票／領収書
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	