

第1号様式（第1条の2、第1条の5、第1条の17関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）						
受診者	フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日
	氏 名					年 月 日
	住 所				電話番号	
	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					
	住 所			電話番号		
		※受診者と同じ場合は省略可				
変更の場合	<input type="checkbox"/> 疾病の変更又は追加 <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額の変更 <input type="checkbox"/> 受診医療機関の変更又は追加					
自己負担上限 月額の特例	<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	※更新又は変更の場合のみ記入					
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 (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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 郡山市長 <div style="text-align: center;">申請者氏名</div>						

備考

- 1 申請者については、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 2 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）

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○を付けてください。

※確認欄（以下の欄は、申請者は記載不要）

添付書類	医療意見書 ・ 療育指導連絡票 ・ 研究利用の同意書 ・ 加入医療保険証 ・ 重症患者認定申告書 人工呼吸器等装着者証明書 ・ 成長ホルモン治療用意見書 ・ 自己負担上限月額管理票 生活保護受給証明書 ・ 特定疾病療養受療証 ・ 収入の確認できる書類
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