第１号様式（第３条関係）

（表）

年　　月　　日

地域県民局長　　　　　殿

申請者氏名

医療費支給認定（変更認定）申請書

医療費支給認定（医療費支給認定の変更の認定）を受けたいので、児童福祉法第１９条の３第１項（第１９条の５第１項）の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の区分 | | | □新規　　□更新　　□変更 | | | | | 医療受給者証の  受給者番号 | | | | |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 保護者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | 小児慢性特定疾病児童等との続柄 | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 小児慢性特定疾病児童等 | ふりがな |  | | | | | | | | 性  別 | | 男・女 | 年  齢 | | | 歳 | 生　年　月　日 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | 年 　　月 　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 |  | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険種別 | | □協会けんぽ　□健組  □共済　□国保　□国組 | | | | | | | 被保険者証  記号・番号 | | | |  | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | 小児慢性特定疾病児童等との続柄 | | | |  | | | | | | | |
| 申請に係る小児慢性特定疾病の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限月額の特例 | | □　人工呼吸器等装着 | | | | | | | □　高額治療継続 | | | | | | | | | | | | | |
| □　世帯内按分特例 | | | | | | | □　療養負担過重 | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病児童等と同じ医療保険に加入している小児慢性特定疾病又は指定難病の医療費助成を受けている者又は申請中のもの | | | | | □ 小  □ 難 | | 氏名 | | | | | | | 小児慢性特定疾病  児童等との続柄 | | | | | 受給者番号 | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 希望する指定小児慢性特定疾病医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医　療　機　関　名 | | | | | | | | | 所　　　在　　　地 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所得区分（県記入欄） | | | | | | 生保 ・ 低１ ・ 低２ ・ 一般１ ・ 一般２ ・ 上位 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限月額の特例（県記入欄） | | | | | | 人工呼吸器等装着　・　高額治療継続　・　世帯内按分特例　・療養負担過重 | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

世帯調書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 小児慢性特定疾病児童等との続柄 | 個人番号 | 医療保険の種別 |
| 氏　　名 |  | 本人 |  | □協会けんぽ　□健組　□共済  □国保　□後期高齢　□国組 |
| 氏　　名 |  |  |  | □協会けんぽ　□健組　□共済  □国保　□後期高齢　□国組 |
| 氏　　名 |  |  |  | □協会けんぽ　□健組　□共済  □国保　□後期高齢　□国組 |
| 氏　　名 |  |  |  | □協会けんぽ　□健組　□共済  □国保　□後期高齢　□国組 |
| 氏　　名 |  |  |  | □協会けんぽ　□健組　□共済  □国保　□後期高齢　□国組 |

注１　該当する□には、レ印を記入すること。

　２　「更新」とは、医療費支給認定を受けたことがある保護者が、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等と同

一の児童等及び当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病と同一の疾病について、当該医療費支給認定の有効期間中に

再度医療費支給認定を申請する場合をいう。

　３　「小児慢性特定疾病児童等」の欄の「居住地」及び「電話番号」は、保護者と異なる場合に記入すること。

　４　「医療受給者証の受給者番号」の欄は、更新又は変更の申請の場合に記入すること。

　５　「該当する所得区分」の欄については、次により、該当する□にレ印を記入すること。

　　イ　「生活保護」　小児慢性特定疾病児童等が属する世帯が生活保護受給世帯である場合

ロ　「低所得Ⅰ」　小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者が本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医

療支援を受けようとする日が４月から６月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税を課されない

者（免除された者を含む。）であり、かつ、保護者の前年（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医療支援

を受けようとする日が１月から６月までの間にあるときは、前々年）の収入が８０万円以下である場合

　　ハ　「低所得Ⅱ」　小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者が本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医

療支援を受けようとする日が４月から６月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税を課されな

い者（免除された者を含む。）である場合

　　ニ　「一般所得Ⅰ」　小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病

医療支援を受けようとする日が４月から６月まで間にあるときは、前年度）分の市町村民税の所得割

の合計額が７万１千円未満である場合

　　ホ　「一般所得Ⅱ」　小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病

医療支援を受けようとする日が４月から６月までの間にあるときは、前年度）分の市町村民税の所得

割の合計額が７万１千円以上２５万１千円未満である場合

　　ヘ　「上位所得」　小児慢性特定疾病児童等及びその生計を維持する者の本年度（認定後初めに指定小児慢性特定疾病医

療支援を受けようとする日が４月から６月までの間にあるときは、前年度）の市町村民税の所得割の合

計額が２５万１千円以上である場合

６　「自己負担上限月額の特例」の欄については、次により、該当する□にレ印を記入すること。

イ　「人工呼吸器等装着」　小児慢性特定疾病児童等が「人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装

着していることについて特別の配慮を必要とする者」として長期にわたり継続して常時生命維

持管理装置を装着する必要があり、日常生活動作が著しく制限されている者である場合

ロ　「高額治療継続」　小児慢性特定疾病児童等が「費用が高額な治療を長期間にわたり継続しなければならない者」と

して、小児慢性特定疾病医療支援に係る月ごとの医療費総額が５万円を超える月が年間６回以上あ

る者である場合

ハ　「世帯内按分特例」　小児慢性特定疾病児童等が指定難病の患者である場合又は小児慢性特定疾病児童等と生計を一

にする者が指定難病の患者若しくは小児慢性特定疾病児童等である場合

ニ　「療養負担過重」　小児慢性特定疾病児童等が申請に係る小児慢性特定疾病による身体の状況又は当該疾病に係る治

療の内容に照らして療養に係る負担が特に重い者として厚生労働大臣が定める者に該当する場合

　7　「世帯調書」の欄には、小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険である場合は、小児慢性特定疾病児童等及び小児慢性特定疾病児童等と同じ国民健康保険に加入する者（小児慢性特定疾病児童等と同一の世帯に属する者に限る。）を記載し、小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険以外である場合は、小児慢性特定疾病児童等及び小児慢性特定疾病児童等と同じ医療保険の被保険者（被扶養者を除く。）を記載すること。また、保護者が後期高齢者医療の被保険者である場合（小児慢性特定疾病児童等の加入している医療保険が国民健康保険である場合に限る。）は、保護者も記載すること。

　８　変更の申請の場合は、「保護者」及び「小児慢性特定疾病児童等」の欄に記入するほか、変更となる事項の欄に変更後

の内容を記入すること。

９　申請者の氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。

10　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長とする。