

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

(新規・変更・継続)

受付印

受診者	公費負担番号		現在の受給者番号			
	疾病名	甲状腺機能低下症	マイナンバー (※1)	123456789012		
	フリガナ	チュウオウ スミレ	年齢	生年月日		
	氏名	中央 すみれ	2歳	令和3年4月1日		
	住所	神戸市中央区加納町6丁目5-1		電話	078-123-4567	
	加入医療保険	被保険者氏名	中央 一郎	受診者との続柄	父	
保険者名称		神戸港健康保険組合	被保険者証の記号・番号	123		
保険者番号		0612345		456789		
支給認定基準世帯員	フリガナ	受診者との続柄	生年月日	住所 (1月1日時点)	(※神戸市記入欄) 市民税所得割額	
	氏名		マイナンバー			
	チュウオウ イチロウ	父	昭和60年1月1日	市・区・町・村	課税・非課税 75,000円	
	中央 一郎		年 月 日		課税・非課税 円	
	※受診者と同じ医療保険に加入する被保険者	被保険者のみを記載してください。				課税・非課税 円
	※住所:旧住所地 1月1日時点(1~5月申請分は前年、6~12月申請分は本年)の住所が現住所と異なる場合にのみ記入	※国保・国保組合の場合は加入者全員が被保険者です。 →同一保険加入の世帯員全員の記載が必要				課税・非課税 円
			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円	
市民税非課税世帯の場合	保護者(複数いる場合、収入の高い方)の収入額(年金等を含む) ※障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害児手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等を含む収入額を記入ください。(年金・手当等の年額がわかる書類を添付ください。)				円	
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例					
世帯内按分者(患者と同じ健康保険に加入する者の中に指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している者)がいる場合	難(小)(氏名 中央 花子 受給者番号 0511111) ※受給者証の写しを添付して					
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(※2, 3)	令和5年10月1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】 <input checked="" type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()				
上記及び裏面のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)を申請します。なお、当事業の申請に必要な住民票記載事項、私の収入及び世帯に属する市民税等を神戸市が確認することに同意します。						
令和5年11月10日	(申請者氏名・受診者との関係) 受診者が18歳以上の場合は本人氏名		中央 一郎 ・ 父			
神戸市長宛	(住所) 〒650-8790 神戸市中央区加納町6丁目5-1					
	(マイナンバー) ※1 234567890123		(電話番号) 078 - 123 - 4567			

受療医療機関	病院・診療所	①	名称	兵庫県立こども病院	TEL	945-7300	
			所在地	神戸市中央区港島南町 1-6-7			
		②	名称	三宮診療所	TEL	123-4567	
			所在地	神戸市中央区三宮△-△-△			
		③	名称	受療医療機関を全て記載すること。			
			所在地				
	薬局	①	名称	〇〇薬局 ハーバーランド店	TEL	234-578	
			所在地	神戸市中央区港島南町〇-〇-〇			
		②	名称	□□薬局 三宮店	TEL	345-6789	
			所在地	神戸市中央区三宮〇-〇-〇			
		③	名称				
			所在地				
訪問看護事業所等	①	名称	〇〇訪問看護ステーション	TEL	456-7890		
		所在地	神戸市中央区三宮×-×				
	②	名称	手帳交付の意向を記載する				
		所在地					
小児慢性特定疾病手帳			<input checked="" type="checkbox"/> 交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付を希望しない <input type="checkbox"/> 再交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付済 ※自己負担限度額管理票は毎年更新申請時に再度交付いたします。(自己負担額0円の者を除く)				

- ※1 継続申請時は、申請年1月1日時点で神戸市に住民登録がない方のみ記入
- ※2 小児慢性特定疾病医療費の支給開始年月日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていることを診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から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)の同じ日まで遡って申請することが可能。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、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を記載。
- ※3 更新の場合は、原則記入不要。

【本庁記入欄】

基準額 [所得割課税年額]	円	区分: I・II・III・IV・V・VI	重症・高長・人呼・血友病・按分
(非課税の場合) 合計所得金額	円		按分特例 (円)

【区・支所記入欄】

申請者本人確認 <input type="checkbox"/>	来庁者が申請者と異なる場合 委任状確認 <input type="checkbox"/> 及び 代理人本人確認 <input type="checkbox"/>
本人確認書類 (1点) 写真の表示のある身分証明書 マ□ 免□ 旅□ 身□ 在□ その他□ ()	(2点) 公的機関から発行された氏名・生年月日または住所が確認できる書類 住民票□ 保険証□ 年金手帳□ 児童扶養手当証書□ その他□ ()