

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (□新規 □更新 □疾患変更・追加 □転入)													
千葉県知事 様					年 月 日		疾病コード (保健所記入欄)						
私は、下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。													
受給者番号 (既に番号のある方のみ)													
受診者	ふりがな						年齢	生年月日	□平成 □令和		年	月	日
	氏名						歳						
	現住所	郵便番号											
	旧住所				□都□道 □府□県			□市□区 □町□村	※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入				
申請者 <small>(受診者本人と異なる場合は本人と記入)</small>	ふりがな						続柄		日中連絡の取れる電話番号				
	氏名						□本人 (成年) □父 □祖父母 □母 □その他		- - □本人携帯 □母携帯 □父携帯 □自宅 □その他 ()				
	現住所	郵便番号					□同上						
	旧住所				□都□道 □府□県			□市□区 □町□村	※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入				
※認定の結果等については、原則として申請者の住所に郵送いたします。別に指定する場合は、下記に記入してください。													
郵送先	住所		郵便番号					氏名					
								電話番号					
加入保険	受診者の加入する医療保険	被保険者名						保険者名 (加入先)					
		記号						番号					
重症申請	<input type="checkbox"/> 重症患者認定申請書別紙のとおり、重症患者の認定を申請します。(□重症基準①・② □高額重症 □人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 重症患者認定は申請しません。												
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					【先の欄が申請日から1月以上前の年月日となっている理由】 <input 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"/> 大規模災害等に被災したこと等により、申請書の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他							
※更新の場合は原則、記入不要 小児慢性特定疾病医療費の支給認定日は、申請日から1か月前の同じ日、又は、医療意見書の診断年月日のいずれか遅い日（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）まで遡って申請することが可能です。													
●情報連携における不開示設定について DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄に記入してください。 (記入された情報は、上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。)										□ 希望する			
市町村民税が非課税の世帯 (※) の方のみ、下記を記入 (該当するものに☑) してください。 (階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。)													
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。		<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したもののほかに、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ (基準額1,250円) 又は低所得Ⅱ (基準額2,500円) に決定】 <input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ (基準額2,500円) に決定】											
※受診者の加入する保険が国民健康保険・国民健康保険組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなります。													
●保険者への照会について (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。) 当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。													
保健所記入欄	審査会年月	年 月					世帯内按分	□有 □無	保健所受理印				
	認定期間	年 月 日から 年 9月30日					人工呼吸器等	□有 □無					
	重症認定	□重症(1・2) □高額 □無					成長ホルモン治療	□有 □無					
	備考						情報連携の有無	□有 □無					

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

- 国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記入してください
 - それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（該当者がいる場合のみ）
- を記入してください。なお、受診者については記入不要です。

かな 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記入)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所 が現住所と異なる場合に記入)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢 にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
かな 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
かな 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
かな 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
かな 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号

注1「続柄」は受診者から見たものを記入してください。
 注2「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
 注3「続柄」は受診者から見たものを記入してください。

受診を希望する 指定医療機関 (薬局・訪問看護事業者を 含む) ※右欄に書ききれない場 合、空白部分又は別紙(自 由様式)に必要事項を記入 してください。	医療機関名	所在地	医療機関名	所在地

医療意見書の研究等への利用についての同意をされる方は別添の研究利用に関する説明をご確認いただき、記名をお願いいたします。

厚生労働大臣 殿
 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。
 年 月 日
 患者氏名
 ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。
 代理人氏名

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 疾患変更・追加 <input type="checkbox"/> 転入)																
千葉県知事 様						年 月 日		疾病コード (保健所記入欄)								
私は、下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。																
受給者番号 (既に番号のある方のみ)																
受診者	ふりがな	チバ 千葉			ハナコ 花子			年齢	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2	年	3	月	4	日
	現住所	郵便番号			マルマルシイチバチョウ 〇〇市市場町1-1-11											
	旧住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入									
申請者 (受診者本人と異なる場合に記入)	ふりがな	チバ 千葉			タロウ 太郎			続柄		日中連絡の取れる電話番号						
	現住所	郵便番号			<input checked="" type="checkbox"/> 同上			<input type="checkbox"/> 本人 (成年) <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	旧住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入									
郵送先	※認定の結果等については、原則として申請者の住所に郵送いたします。別に指定する場合は、下記に記入してください。															
	住所	郵便番号						氏名		電話番号						
加入保険	受診者の加入する医療保険	被保険者名	〇〇〇		〇〇〇		保険者名 (加入先)	疾病対策会社健康保険組合								
		記号	〇〇〇				番号	123456789								
重症申請	<input checked="" type="checkbox"/> 重症患者認定申請書別紙のとおり、重症患者の認定を申請します。(<input type="checkbox"/> 重症基準①・② <input type="checkbox"/> 高額重症 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 重症患者認定は申請しません。															
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	令和 5年 10月 1日			【先の欄が申請日から1年以上前の年月日となっている理由】 <input 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"/> 大規模災害等に被災したこと等により、申請書の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他												
小児慢性特定疾病医療費の支給認定日は、申請日から1か月前の同じ日、又は、医療意見書の診断年月日のいずれか遅い日 (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) まで遡って申請することが可能です。																
●情報連携における不開示設定について DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄に記入してください。 (記入された情報は、上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。)										<input type="checkbox"/> 希望する						
課税状況が非課税の方は、必ずどちらかチェックをし、世帯 (※) の方のみ、下記を記入 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>) してください。 (階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。)																
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。		<input checked="" type="checkbox"/> 今回書類を提出したもののほかに、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ (基準額1,250円) 又は低所得Ⅱ (基準額2,500円) に決定】 <input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ (基準額2,500円) に決定】														
※受診者の加入する保険が国民健康保険・国民健康保険組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなります。																
●保険者への照会について (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。) 当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。																
保健所記入欄	審査会年月	年 月			世帯内按分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保健所受理印									
	認定期間	年 月 日から 年 9月30日			人工呼吸器等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	重症認定	<input type="checkbox"/> 重症 (1・2) <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 無			成長ホルモン治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	備考				情報連携の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

○国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記入してください
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者
 （該当者がいる場合のみ）
 を記入してください。なお、受診者については記入不要です。

かな 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記入)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所 が現住所と異なる場合に記入)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢 にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
かな 氏名 チバ 千葉	タロウ 太郎	年号 昭和 55 年 5 月 5 日	住所 千葉	<input checked="" type="checkbox"/> 市〇区 <input type="checkbox"/> 町〇村	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
かな 氏名 チバ 千葉	ジロウ 次郎	年号 平成 30 年 3 月 3 日	住所 千葉	<input checked="" type="checkbox"/> 市〇区 <input type="checkbox"/> 町〇村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 10,000 受給者番号 1111111
かな 氏名		年号 年 月 日	住所 <input type="checkbox"/> 市〇区 <input type="checkbox"/> 町〇村		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
かな 氏名		年号 年 月 日	住所 <input type="checkbox"/> 市〇区 <input type="checkbox"/> 町〇村		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号

注1「続柄」は受診者からみたものを記入してください。

注2「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。

注3「続柄」は受診者からみたものを記入してください。

受診を希望する 指定医療機関 (薬局・訪問看護事業者を含む) ※右欄に書ききれない場合、空白部分又は別紙（自由様式）に 必要事項を記入してください。	医療機関名	所在地	医療機関名	所在地
	〇〇薬局	〇〇市〇〇町1-1		
	△△病院	△市△△南2-2		

医療意見書の研究等への利用についての同意をされる方は別添の研究利用に関する説明をご確認いただき、記名をお願いいたします。

厚生労働大臣 殿
 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。
 令和5年 4月 3日
 患者氏名 **千葉 花子**
 ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。
 代理人氏名 **千葉 太郎**