

更新申請

柏市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

新規 ・ **更新** ・ 変更 (変更事由 : 指定医療機関 / 自己負担上限月額 / 疾病名)

①

受
診
者

フリガナ	かしわ じろう	年 齢	生 年 月 日
氏 名	柏 次 郎	2 歳	平成 4 年 5 月 6 日
個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 1 1 1	令和	
住 所	柏市 柏下65-1 柏マンション201号	電話番号	090-0123-xxxx (日中つながりやすい番号)
加入医療保険	保険の名称 (保険者名)	健康保険組合	医療保険各法等の 記号・番号
	〇〇××健康保険組合		12 3456
受給者番号 (新規の場合は不要)	1234567		
疾 病 名	1型糖尿病		
他疾病(難病)の認定	無 ・ 有	(受給者本人)	

今お持ちの受給者証に記載している
医療保険情報から変更がある場合は変更届出が必要です。
詳しくはお問い合わせください。

②

申
請
者

受給者が国保・国保組合に加入	⇒	受診者と同一保険加入の保護者を申請者としてください。
受診者がその他(会社の健康保険等)に加入	⇒	受診者が加入する保険の被保険者を申請者としてください。 ※ただし、単身赴任等で被保険者が柏市外在住の場合は現在同居の保護者
受診者が18歳以上	⇒	受診者本人を申請者としてください。
当申請書記載のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)は、認定基準世帯員の収入および市民税情報等を柏市が情報連 (③で申請に関連する世帯員への同意確認を行っています。)		
柏 市 長 あ て		
フリガナ	かしわ たろう	
氏 名	柏 太 郎	(受診者が)
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	生年 月日
住 所	受診者と同じ(同じ場合は記載不要)	電話番号
		090-1122-XXXX

▲上記をよく確認してご記載ください。
18歳以上になると、受診者本人が申請者となります。

③

支
給
認
定
基

受給者が国保・国保組合に加入	⇒	受診者と同一保険加入者全員分を記載してください。
受診者がその他(会社の健康保険等)に加入	⇒	受診者と同一保険加入者のうち、以下に該当する方のみ記載してください。 ①被保険者本人 ②同じ保険に加入している指定難病・小児慢性特定疾病の受給者 ※②にのみ該当する方の個人番号は記載不要です。
受診者氏名	受診者氏名欄と同じ(必要に応じ右記のみ記載→) (※1)に不同意の方について追加の書類提出をお願いする場合があります。	※1に不同意の場合のみ ☐
世帯員氏名	申請者と同じ(同じ場合は疾病認定以外記載不要→) 「②申請者」欄に記載の方を、③の欄にも記載する場合は、✓で省略できます。 ※疾病認定の有無はご記載ください。	疾病認定無・有 有 → 難病・小慢
個人番号		※1に不同意の場合のみ ☐
世帯員氏名	柏 一 郎	生年 月日
個人番号		続柄
		兄

□記載対象者にご注意ください。

・ 受診者が国保・国保組合に加入

⇒ 同一保険に加入している方全員 (個人番号必須)

・ 受診者がその他(会社の健康保険等)に加入

⇒ ①被保険者本人 (個人番号必須) 及び、

②同じ保険に加入している指定難病・小児慢性特定疾病の受給者 (個人番号不要)

□疾病認定を有する方がいる場合 (③欄記載) や

受給者本人が他疾病(難病)の認定を有する場合 (①欄記載) は、受給者証の写しを提出してください。

□続柄は受診者本人からみたものを記載してください。

	希 望 日	以下1～3のいずれかに○をした上で希望日を記載		3選択の理由 ※左欄にて3を選択した場合のみ、以下該当に✓	
④	更新申請の場合は④欄内は記載不要です				
	日	令和 年 月 日			
指 定 医 療 機 関	新規申請の方	利用する予定の全ての指定医療機関(病院・薬局・訪問看護ステーション)を下表に記載してください。			
	更新申請または 変更申請の方 (該当するものに☑)	☐ 現在登録の医療機関と同一で良い(下表の医療機関の記載不要)			
		☒ 追加・削除したい医療機関がある(下表に追加・削除したい医療機関のみ記載)			
		医 療 機 関 名	変更の場合	所 在 地	
	〇〇大学附属病院	追加 ☒ 削除 ☐	柏市柏〇-〇-〇		
⑤	追加・削除したい医療機関についてのみ、表内に記載してください。 なお、更新申請書での変更は10月1日以降の受給者証にのみ反映されます。 ※都道府県等から指定を受けている医療機関等のみ選択ができます。 指定有無の確認については所管の自治体へお問い合わせいただくか、柏市へご相談ください。 該当するものがありましたら✓を入れてください。 【注意：以下の場合は別の書類の添付が必要です】 ※医療総額費10割分の月総額が5万円を超える月が、申請月を含む直近12か月以内に6回以上ある場合 高額かつ長期の申請をしていただくことで、自己負担上限額が下がる場合があります。 ☐高額かつ長期 → ①柏市重症患者等認定申請書と ②自己負担上限額管理ノート(申請月を含めた過去1年分)の写し ☐人工呼吸器等装着 → 人工呼吸器等装着者証明書 ☐重症患者認定 → ①柏市重症患者等認定申告書と②証明書類(障害者手帳、療育手帳等)の写し ☐世帯内按分特例 → 世帯員の所有する医療受給者証(難病または小児慢性特定疾病)の写し ☐生活保護該当者 → 生活保護受給証明書(※新たに開始するかたのみ提出)				
⑥	自己負担 額の 特例 上限 月	該当する ものに☑	☐ 人工呼吸器等装着	生活保護(受給者・境界層)該当者	
			☐ 重症患者認定	☐ 開始 ☐ 廃止 ☐ 停止	
			☐ 高額かつ長期		
			☐ 世帯内按分特例	☐	階層区分の変更
⑦	委 任 状	私は、下記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療申請に関する権限を委任します。			
		表面上に記載した申請者(原則、被保険者等)と来所して申請する方が異なる場合は委任状の記載をお願いいたします。※郵送で申請される場合は、記載不要です。			
		委任日(申請日)	氏名	住所	

市町村民税が非課税世帯の方のみ下記該当するものに○をしてください。 (階層区分は申請者の合計所得額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します)	
障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給の有無	有・無
非課税世帯の方のみご記載ください。 手当等の受給「有」で、A(証明書類を添付する)を選択された方は必ず証明書類を添付してください。 ※特別児童扶養手当とは、「20歳未満で精神又は身体に障害を有する児童を家庭で監護、養育している父母等に支給される」もので、「児童手当」とは異なるものです。	