

①	柏市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書										受付年月日		
	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)		
	受 診 者	フリガナ						年 齢	生 年 月 日				
		氏 名						歳	平成 年 月 日 令和 年 月 日				
		個人番号 (マイナンバー)											
		住 所	柏市					電話番号	(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)						医療保険各法等の 記 号・番 号				
	受給者番号 (新規の場合は不要)					有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日						
	疾 病 名												
	他疾病(難病)の認定		無 ・ 有 (受給者番号)										
②	申 請 者	受診者が国保・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)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、保険情報、支給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携等を活用して確認することに同意します。(※1) (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											年 月 日
		フリガナ						受診者 との関係	父 ・ 母 本人(18歳以上) 祖父母 ・ その他				
		氏 名	(自署ではない場合は押印が必要) (受診者が18歳以上の場合は受診者氏名を記載)										
		個人番号						生年 月日	S・H・R	年 月 日			
		住 所	□受診者と同じ(同じ場合は記載不要)					電話番号					
		③	支 給 認 定 基 準 世 帯 員	受診者が国保・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分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→)			生年 月日	S・H・R	年 月 日	疾病認定 無・有→	難病・小慢					
個人番号						続柄	※1に不同意の場合のみ✓ □						
世帯員氏名				生年 月日	S・H・R	年 月 日	疾病認定 無・有→	難病・小慢					
個人番号						続柄	※1に不同意の場合のみ✓ □						
世帯員氏名				生年 月日	S・H・R	年 月 日	疾病認定 無・有→	難病・小慢					
個人番号						続柄	※1に不同意の場合のみ✓ □						
世帯員氏名				生年 月日	S・H・R	年 月 日	疾病認定 無・有→	難病・小慢					
個人番号						続柄	※1に不同意の場合のみ✓ □						
世帯員氏名				生年 月日	S・H・R	年 月 日	疾病認定 無・有→	難病・小慢					
個人番号						続柄	※1に不同意の場合のみ✓ □						
● 疾病認定を有する方がいる場合は上記確認欄記載の上、受給者証または申請書の写しを添付してください。													
● 続柄は受診者本人から見たものを記入してください。													

※裏面あり

職員記入欄	審査年月日	令和 年 月 日	認定開始年月日	令和 年 月 日	認定終了年月日	令和 年 月 日	
	重症等	□重症 □高額 □人工呼吸器等		世帯内 受給者状況	有・無	階層区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	市民税所得割	該当する 階層区分		生・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上	【非】申請者の合計所得金額 (内:給与-10)+手当等		
	受付・面談	来・郵 / 面談実施: 月 日 / 対・電		審査会	書面・審査会(新規・)	実施機関 番号例外	有・無
	かるて□ エクセル(台帳□・審査会□) 手引□ 意見書□		保険者照会	照会起案日() 照会送付日()			
	区分変更: 有・無 読合せ□ 発行起案() 発行決裁() 送付日()						

④	希望する支給開始日	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☑			
		1. 申請日から適用 2. 診断日又は申請日から最大1か月前のいずれが遅い日から適用 3. 診断日又は申請日から最大3か月前のいずれが遅い日から適用 医療費支給の開始希望日 令和 年 月 日		☐ 症状の悪化等があり、申請書類の準備や提出に時間を要した ☐ 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 ☐ その他の理由による(以下に記載) 			
⑤	指定医療機関について	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		
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
		⑥	自己負担上限額の特例	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。					
		記載日	令和 年 月 日				
		代理人(来所者)	氏名	住所			
		委任者(申請者)	氏名	住所			

⑧	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
	上記で「有」と回答したかたは、該当するものに☑をしてください。(上記で「無」と回答した方は記載不要)	
	☐	A. 上記に掲げる手当等の収入について該当があるので、金額を確認できる書類(支払通知書の写しなど)を添付します。 【合計金額により、低所得Ⅰ(上限月額1,250円)又は低所得Ⅱ(上限月額2,500円)に決定】
	☐	B. 上記に掲げる手当等の収入について該当があるが、当該事項を証明する書類の添付を省略します。 【低所得Ⅱ(上限月額2,500円)に決定】