

新規申請

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<br>(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<br>(日中つながりやすい番号) |         |   |   |   |   |   |    |
|                     | 加入医療保険           | 保険の名称<br>(保険者名)      | 〇〇××健康保険組合 |     |         |             | 医療保険各法等の<br>記号・番号              | 12 3456 |   |   |   |   |   |    |
| 受給者番号<br>(新規の場合は不要) | 記載不要             |                      |            |     | 有効期限    | 記載不要        |                                |         |   |   |   |   |   |    |
| 疾 病 名               | 1型糖尿病            |                      |            |     |         |             |                                |         |   |   |   |   |   |    |
| 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。<br>※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)<br>(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  |   | 父 ・ 母<br>本人(18歳以上)<br>祖父母 ・ その他                                  |
| 氏 名  | 柏 太郎   |   |  |
| 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3  |   | 生年月日 S・H・R 60年 1月 1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。

⑤

|       |                      |  |   |   |
|-------|----------------------|--|---|---|
| 支給認定  | 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。<br>①被保険者本人<br>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<br>※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→)<br>(※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<br><input type="checkbox"/> |
|       | 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→)                                       |   | 疾病認定無<br>有 → 難病・小慢                      |
|       | 個人番号                 | ※疾病認定の有無はご記載ください。  |   | ※1に不同意の場合のみ<br><input type="checkbox"/> |
| 世帯員氏名 | 柏 一郎                 | 生年月日 S・H・R 2年 3月 5日  | 疾病認定無<br>有 → 難病・小慢  |   |
| 個人番号  |                      | 続柄 兄   | ※1に不同意の場合のみ<br><input type="checkbox"/>   |   |
| 世帯員氏名 |                      | 生年月日 S・H・R 年 月 日   | 疾病認定無<br>有 → 難病・小慢  |   |

□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。

|   |           |  |  |
|---|-----------|--|--|
| 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   |
|   |           | 1. 申請日から適用<br>2. 診断日又は申請日から最大1か月前のいずれか遅い日から適用<br>3. 診断日又は申請日から最大3か月前のいずれか遅い日から適用 | 【①】→申請日を記載してください。<br>【②③】→意見書に記載された診断日又は遡及できる最大の日のいずれか遅い日付を記載してください。<br>【郵送で申請される場合】<br>→医療費支給の開始希望日の欄は空欄にしてください。<br>※柏市到着日＝申請日となるので記入時に申請日が確定しないため。 |
|   |           | 医療費支給の開始希望日<br>令和 6年 7月 1日   |  |

|   |        |                             |   |          |  |
|---|--------|-----------------------------|---|----------|--|
| ⑤ | 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<br>(該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 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)        |          |  |
|   |        |                             | <input type="checkbox"/> 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 |  |
|   | 追加・削除  |                             |   |          |  |

受給者証を提示して使用する予定の医療機関等を記載してください。  
 後日、追加や変更をする場合は**変更申請の必要**があります。  
 ※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】**

- 人工呼吸器等装着 → 人工呼吸器等装着者証明書(医師が作成)
- 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 | 自己負担上限月の特例 | 該当するものに☑ | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着 | 生活保護(受給者・境界層)該当者         |   |
|   |            |          | <input type="checkbox"/> | 重症患者認定   |                          | <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 停止 |
|   |            |          | <input type="checkbox"/> | 高額かつ長期   | <input type="checkbox"/> |   |
|   |            |          | <input type="checkbox"/> | 世帯内按分特例  |                          |   |

|   |     |   |    |    |
|---|-----|---|----|----|
| 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。  |    |    |
|   |     | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px;">           表面に記載した<b>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。</b>※郵送で申請される場合は、記載不要です。         </div> |    |    |
|   |     | 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。<br>(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   |
|   |  | <div style="border: 2px solid red; padding: 10px;">           非課税世帯の方のみご記載ください。<br/>           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。         </div> |