

変更申請：指定医療機関の追加・削除

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)	記載不要										
	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)	記載不要			医療保険各法等の 記号・番号	記載不要					
受給者番号 (新規の場合は不要)		1234567		有効期限	令和5年10月 1日 ~ 令和6年 9月30日							
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。 ※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											
③ 支 給	フリガナ	かしわ たろう			お手持ちの受給者証「申請者」欄に記載の方。							
	氏 名	柏 太 郎										
	個人番号	記載不要								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	
③ 支 給	国保・国保組合に加入				⇒	受診者と同じ医療保険加入者全員分記載してください。						
	その他(会社の健康保険等)に加入⇒				⇒	受診者と同じ保険に加入している以下に該当する方の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(必要に応じて右記のみ記載→) (※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	難病・小慢										
③ 帯 員	個人番号						続柄	□				
	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。												
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	指定医療機関についての変更申請では ④欄内は記載不要です。			
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
		〇〇大学附属病院	☒ 追加 ☐ 削除	柏市柏〇-〇-〇
			追加・削除	
			追加・削除	
			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。 ※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。		
			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	指定医療機関についての変更申請では			
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。	
	指定医療機関についての変更申請では ⑧欄の記載は不要です。	
	☐	上記に掲げる世帯の収入について該当があるが、当該世帯と証明する資料の添付を省略する。 【低所得Ⅱ(上限月額2,500円)に決定】