

変更申請：自己負担上限額

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 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) | 記載不要 | | 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) | | 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 | フリガナ | かしわ たろう | 生年月日 | 令和 60年 1月 1日 |
| 氏名 | 柏 太郎 | 個人番号 | 記載不要 | | |
| 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

③

自己負担上限額についての変更申請では
原則③欄内は記載不要です。

ただし、**世帯内按分の申請**または、**生活保護支給開始の申請**を行う場合、
同じ保険に加入する世帯員が変更する場合は記載してください。

● 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 | <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> エクセル(台帳口・審査会口) 手引写 <input type="checkbox"/> 意見書写 <input type="checkbox"/> | | 保険者照会 | 照会起案日() 照会送付日() | | |
| 区分変更: 有・無 読合せ <input type="checkbox"/> 発行起案() 発行決裁() 送付日() | | | | | |

以下1～3のいずれかに○をした上で希望日を記載

④

自己負担上限額についての変更申請では
④欄内は記載不要です。

自己負担上限額についての変更申請では
⑤欄内は記載不要です。

ただし、併せて指定医療機関の変更を希望する場合は記載してください。

該当するものに✓を入れてください。

【注意：以下の書類の添付が必要です】

※課税証明書の添付は、柏市にて世帯の課税状況が確認できる場合不要です。詳しくはお問い合わせください。

- 支給世帯員の変更 → 課税証明書 ※
- 階層区分の変更 → 課税証明書 ※
- 高額かつ長期 → 柏市重症患者等認定申請書と、
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 → 柏市重症患者等認定申告書と、証明書類(障害者手帳、療育手帳など)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 | 自己負担上限月額の特例 | 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"/> 階層区分の変更 |
| | | | <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。 | | | |
| | | <p>表面上に記載した申請者(原則、被保険者)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。</p> | | | |
| | 委任者(申請者) | 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。