

変更申請：疾病名追加・変更 ※新疾病の医療意見書提出が必須です。

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

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				月 30 日
疾 病 名	1型糖尿病				
他疾病(難病)の認定	無 ・ 有				

【疾病名変更の場合】
→新しく診断を受けた疾病名のみを記載
【疾病の追加の場合】
→現在認定を受けている疾病と、
新しく診断を受けた疾病名を両方記載してください。

②

申請者	柏市長 あて				
フリガナ	かしわ たろう				
氏 名	柏 太郎				
個人番号	記載不要		生年 月日	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

③

疾病名の変更・追加の申請では
③欄内は記載不要です。

● 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)・審査会 <input type="checkbox"/> 手引 <input type="checkbox"/> 意見書 <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()					

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	<p>以下のいずれか遅い日付を記載してください。</p> <p>①新たな医療意見書に記載された診断日</p> <p>②申請日から遡及できる最大の日</p> <p>【郵送で申請される場合】</p> <p>→医療費支給の開始希望日の欄は空欄にしてください。</p> <p>※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。</p>
		<p>1. 申請日から適用</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>医療費支給の開始希望日 令和 年 月 日</p>	

⑤	指定	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☑)	<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

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

⑥	自己負担上限の特例	該当するものに☑	追加・削除
		<p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>	追加・削除

⑥	自己負担上限の特例	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"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>

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	年 月 日	
		代理人(委任者)	<p>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。</p>	
		委任者(申請日)	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。	
	<p>指定医療機関についての変更申請では</p> <p>⑧欄の記載は不要です。</p>	