第1号様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日生 (満 歳)	
	住所	〒 -	電話番号	( )
		東京都 江戸川区 丁目 番 号		
		(マンション名等)		
加入医療保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・国保組合・生保		本人・家族
	記号		番号		保険者番号	
疾病名	1	2	3	
月額負担上限額の特例(※1)	該当する項目に○を付けてください。	重症患者認定 人工呼吸器等装着 高額かつ長期 世帯内按分		
申請者(※2)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		父・母・その他( )	
	住所	□ 受診者の住所・電話番号と同じ場合は□にチェックしてください(記載省略可)。 ※ 受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。		
		〒 -	電話番号	( )
		都道府県 区郡市町村 丁目 番 号		
		(マンション名等)		
今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者		氏名 (難病・小慢)受給者番号		
		氏名 (難病・小慢)受給者番号		
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※3)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 □ 医療意見書の受領に時間を要したため。 □ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため。 □ その他 ( )		
小児慢性特定疾病登録者証申請(※4)	申請する ・ 申請しない			

江戸川区長 殿

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給等を申請します。
また、この申請の審査に必要な場合は、江戸川区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額、身体障害者手帳情報、所得区分情報(世帯員分を含む。)を確認することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

※1 重症患者認定…重症患者認定基準を満たしている。人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している。高額かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険が2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある。世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。なお、受診者本人の場合は、氏名欄に「同上」と記入してください。
※3 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前))の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。
※4 「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において、登録者情報を確認することがあります。

～よろしければ次のアンケートにご回答ください。～
◆担当保健師に療養相談の希望はありますか。 1 特にない 2 ある

身元確認	□個人番号カード □運転免許証 □運転経歴証明書 □旅券 □在留カード □その他( )	収受印欄	
個人番号確認	□個人番号カード □通知カード □住民票の写し □その他( )		