

新規 疾病追加 更新  
転入 ( ) から)

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	
	住所	〒				-			申請日時点 歳
保険	種類	<input type="checkbox"/> 被用者保険 (協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護							
	記号		番号		枝番号		保険者番号		
疾病名									
認定開始日	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 年 月 日								
	・記入がない場合は申請日から開始となります。 ・記入する日付は、指定医が今回添付する医療意見書において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か月前まで、やむを得ない理由により申請が行えなかったと認められた場合は最長3か月前の同じ日) まで遡ることが可能です。 ・1か月以上遡る日付を記入した場合は、やむを得ない理由を以下に必ず記入してください。								
	<input type="checkbox"/> 意見書の申請から受領まで病院の都合により日数を要したため (病院への作成依頼日 月 日頃)								
	<input type="checkbox"/> 申請者が傷病等 (委任できる者がおらず、入院や外出ができない状況) により申請書類の準備や提出に時間を要したため								
	<input type="checkbox"/> その他 ( )								
自己負担限度額に関する特例 申請する場合、当該項目に☑をつけてください									
重症申請	<input type="checkbox"/>	重症認定基準を満たしている ※重症患者認定申請書、障害者手帳の写しなどが必要です。							
高額かつ長期	<input type="checkbox"/>	医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある ※自己負担上限額管理票 (写し) が必要です							
人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	要件に該当している ※人工呼吸器等装着者証明書が必要です。							
世帯按分	<input type="checkbox"/>	世帯調書に該当区分と受給者番号を記入し、保険証の写しを添付してください。							
受診医療機関	名称				所在地				

(宛先) 板橋区長

私は、児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報及び記載内容、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、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 (世帯員分を含む) を確認することに同意のうえ申請します。

申請日 年 月 日

申請者	フリガナ				申請者電			受診者との続柄	
	氏名				話番号				
	住所	〒			日中				
	受診者と同じ場合 記入不要				連絡先	父 / 母 / 本人 / 他 ( )			
同意欄		下記の事項につき、同意いただける場合は右の同意する欄に☑をつけてください。						同意する	
保険	(被用者保険加入で非課税の方及び国保組合の方は必須) 小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、板橋区が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。								<input type="checkbox"/>
研究	小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり 提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されること に同意します。								<input type="checkbox"/>
転入	本申請にあたり、板橋区が転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。								<input type="checkbox"/>

身元確認	個人番号確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 住民票の写し
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

# 申請書記入例

- 手続き案内をお読みの上、記入してください。
- 必要書類が揃っていることを確認の上、申請してください。
- 同意欄は、申請者が記入してください。

別記第1号様式(第1条の3関係)

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 疾病追加 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 転入 ( ) から)	
小児慢性特定疾病医療費支給 新規で転入の場合は両方に☑をつけます	18歳以上は受診者が申請者になります
受診者 フリガナ 氏名 住所 〒 板橋区	生年月日 年 月 日 申請日時点 歳
保険種類 <input type="checkbox"/> 被用者保険 (協会けんぽ・健保組合・共済等) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護	
保険記号 番号 枝番号 保険者番号	
疾病名 小児慢性特定疾病 ( ) を開始することが適当と考えられる年月日 年 月 日 ・記入から開始となります。 ・記入する日付は、指定医が今回添付する医療意見書において (ただし遡り期間は原則申請日から1か月前まで、やむを得ない場合は最長3か月前の同じ日) まで遡ることが可能です。 ・1か月以上遡る日付を記入した場合は、やむを得ない理由を以下に必ず記入してください。 <input type="checkbox"/> 意見書の申請から受領する病院の都合により日数を要したため (病院への作成依頼日 月 日頃) <input type="checkbox"/> 申請者が傷病 ( ) の他に、それぞれ必要書類 ( ) ができない状況) により申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ( ) を添付してください	認定開始日 認定日の1か月遡りを希望する場合 診断日10/25、申請日12/14の場合 遡れるのは1か月なので、11/14と記入します
自己負担額に関する特例 申請する場合、当該項目に☑をつけてください	
重症申請 <input type="checkbox"/> 重症認定基準を満たしている ※重症患者認定申請書、障害者手帳の写しなどが必要です。	
高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある ※自己負担上限額管理票 (写し) が必要です	
人工呼吸器等装 <input type="checkbox"/> 要件に該当している ※人工呼吸器等装着者証明書が必要です。	
世帯按分 <input type="checkbox"/> 世帯調書に該当区分と受給者番号を記入し、保険証の写しを添付してください。	
受診医療機関 名称 所在地 名称は正確に、薬局等で店舗名がある場合は、もれなく記入してください	

(宛先) 板橋区長

私は、児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報 ( ) 及び受診者と同一医療保険上の ( ) 国民健康保険情報、後 ( ) 国民健康保険受給情報、公的年金等の取 ( ) することに同意のうえ申請 ( ) することになります

フリガナ 氏名 住所 〒 板橋区 受診者と同じ場合 記入不要	申請者電話番号 日中 連絡先 父 / 母 / 本人 / 他 ( )	受診者との続柄
申請者 同意欄 下記の事項につき、同意いただける場合は右の同意する欄に☑をつけてください。		
保険 (被用者保険加入で非課税の方及び国保組合の方は必須) 小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療情報 ( ) 及び受診者 ( ) の医療情報 ( ) 国民健康保険情報、後 ( ) 国民健康保険受給情報、公的年金等の取 ( ) することに同意のうえ申請 ( ) することになります	同意する	<input type="checkbox"/>
研究 小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり、提出する医療意見書の研究等への利用同意について、データベースに登録されること、②研究機関等の研究開発等に利用されること、に同意します	同意する	<input type="checkbox"/>
転入 本申請にあたり、板橋区が転出元の自治体から必要な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。	同意する	<input type="checkbox"/>
身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード	個人番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し	転入者はここにも☑を記入してください