

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。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 新規 転入 () から 更新

受診者	フリガナ	ショウニ マンタロウ			新規で転入の場合は両方に <input checked="" type="checkbox"/> をつけます	生年月日	H18年 5月 25日		
	氏名	小児 万太郎							
住所	〒	1	7	3	-	0	0	0	4
	板橋区	大山東町32-15-301			18歳以上は受診者か申請者になります	申請日時	17歳		
保険	種類	<input checked="" 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	い84	番号	98765432	枝番号	保険者番号	0	6	1
疾病名	気管支喘息			いずれにも印が無い場合の認定日は申請日になります	保険証の記号・番号等を転記します	5	5	5	5
認定開始日	<input type="checkbox"/> 健康福祉センターでの申請受理日 <input checked="" type="checkbox"/> 意見書に記載された診断日			2023年 11月 14日					
	記入いただいた認定開始日が、申請日の1か前より遅い日となっている場合は理由を記入してください。								
開始日	<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 (目安として)			診断日10/25、申請日12/14の場合					
	<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) により申請日			避れるのは1か月なので、11/14日としたため					
<input type="checkbox"/> その他 ()									
自己負担限度額に関する特例 該当する場合、当該項目に <input checked="" type="checkbox"/> 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。								
人口呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を装着している ※人工呼吸器等装着者証明書が必要です								
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								
世帯按分	<input type="checkbox"/> 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			助成区分	受給者番号				
	<input checked="" type="checkbox"/> の他に、それぞれの必要書類も添付してください			難病/小慢					
受診医療	名称			所在地					
	板橋区立保健病院			大和町〇〇-〇					
**調剤薬局 板橋店			双葉町〇-〇						

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

(死亡) 板橋区長

私は、児童福祉法第19条第1項第1号の医療費支給認定を受けるため、関係書類を添えて申請します。また、この申請に必要な情報、税情報、国民健康保険料の世帯主等が申請者になります。申請することに同意します。

成年患者自身、または被用者保険の被保険者、国民健康保険の世帯主等が申請者になります

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、この申請に必要な情報、受診者及び受給者の世帯員の住民記録生活保護受給情報、公費負担情報(世帯員分を含む)を確認してください

郵送の場合は、発送する日を書いてください

申請日 2023年 12月 14日

申請者	フリガナ	ショウニ シンペイ			申請者	03-0000-0000	受診者と	父
	氏名	小児 慎平			電話番		の続柄	
住所	〒				日中	080-0000-0000		
	受診者と同じ場合記入不要	同上			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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。						同意する
保険	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 checked="" type="checkbox"/>	
研究	本申請の内容及び本申請書に添付した医療意見書が、小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用						<input checked="" 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						<input type="checkbox"/>	

転入者はここにもを記入してください