

小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更申請書

(あて先) 八尾市長
児童福祉法律施行規則第7条の26及び27の規定により、申請をします。

年 月 日

受診者	氏名	(フリガナ)	受給者 番号	
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住所	〒		
申請者 (保護者)	氏名	(フリガナ)	受診者 との関係	
	住所	〒 ※ 受診者と住所が同一の場合は記入不要		
	電話	(自 宅)	(携 帯)	

申請が必要な項目番号に○を付けて、必要事項及び☑を記入してください。

1	疾病の 追加・変更	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 (疾病名)
2	重症患者区分の 認定	<input type="checkbox"/> 高額治療継続者認定 <small>※支給認定を受けた小児慢性特定疾病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上となった。</small> <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <small>※指定医作成の小児慢性特定疾病医療意見書 別紙(重症患者認定意見書)の提出が必要です。</small>
3	人工呼吸器等 装着の認定	医師作成の小児慢性特定疾病医療意見書 別紙(人工呼吸器等装着者証明書)の提出が必要です。

必要な申請事項について、
太枠の中に記入してください。

4	階層区分	<<変更理由>> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者の変更 <input type="checkbox"/> 同一保険の世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 所得の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護・中国残留邦人支援の開始 <input type="checkbox"/> 生活保護・中国残留邦人支援の廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 変更となった日 令和 年 月 日
		医療費支給認定基準世帯員(受診者と同じ健康保険加入で課税年において中学生以下を除く方)
		(1) 世帯員氏名
		個人番号
		(2) 世帯員氏名
		個人番号
(3) 世帯員氏名		
個人番号		
(4) 世帯員氏名		
個人番号		
【市町村民税非課税世帯で申請者の収入が80万円以下の場合のみ記入してください】 <input type="checkbox"/> 〇障がい年金等(注1)や特別児童扶養手当等(注2)の受給状況がわかる書類を提出してください。 〇なお、収入が80万円以上ある場合は、それらの書類の提出の有無に関わらず、自己負担上限月額決定のための階層区分はⅢ(2,500円)になります。 ※(注1)(注2)は裏面にございます。		
<input type="checkbox"/> (注1)(注2)に記載されている書類の一部ないしは全てを提出しませんが、市町村民税課税証明書に記載されている収入もしくは所得のほか、障がい年金等・特別児童扶養手当等の収入を加算しても、80万円を超えることはありません。		
<input type="checkbox"/> (注1)(注2)に記載されている書類の一部ないしは全てを提出しませんが、市町村民税課税証明書に記載されている収入もしくは所得のほか、障がい年金等・特別児童扶養手当等の収入を加算すると、80万円を超えるため、自己負担上限額が2,500円(階層区分Ⅲ)になることを了承します。		

(ウラハ続く)

<<事務処理使用欄>>		階層区分	上限額	適用区分	保健所受付印
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		円		
	年 月 日 ~ 年 月 日		円		
備考	受付者				

必要な申請事項について、太枠の中に記入してください。

5	世帯内按分 (支給認定基準世帯員のうち、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている方)	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号
			年 月 日生		
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号
			年 月 日生		
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号
			年 月 日生		

6	指定医療機関	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション ※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。	【住所】 【電話】 ※判明している場合のみご記入ください

7	支給開始日の 遡及 (疾病の追加・ 変更のみ)	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	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 []
		上記の遡りが必要ない方		<input type="checkbox"/> 1か月以上の遡りは必要ない
※保健所受付日（郵送の場合は消印日）を起算日として、最長3か月前の同じ日までを、小児慢性特定疾病医療費の支給開始日として申請することが可能です。ただし、医療意見書に記載されている診断年月日から保健所受付日が3か月以内の場合は、支給開始日を保健所受付日から3か月前に遡らず、診断年月日からとなります。				

(注1) 障がい年金等とは…障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等

(注2) 特別児童扶養手当等とは…特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、福祉手当

個人番号確認	受診者の個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(通知カード廃止日(令和2年5月25日)以降、当該通知カードに係る記載事項に変更がない場合に限り使用可能) <input type="checkbox"/> その他 []
	支給認定基準世帯員の個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(同上) <input type="checkbox"/> その他 []
申請者の身元確認	<input type="checkbox"/> 受診者(18歳以上) <input type="checkbox"/> 保護者	<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"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 [] 上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 小慢受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日の記載があるもの []