

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更申請書

私は、支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民基本台帳及び市税情報等を閲覧・利用すること並びに受診医療機関・指定医に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意したうえで、小児慢性特定疾病医療受給者証の記載事項の変更の申請をします。

(あて先) 八尾市長

年 月 日

申請者氏名

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)	

必要な申請事項について、

太枠の中に記入してください。

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 ※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。	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 ※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。
---	-----------	---	--

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。
---	-------------	--

4	マイナンバー連携(課税証明書の提出省略) <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	≪変更理由≫ <input type="checkbox"/> 医療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(受診者と同じ医療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	(2) 世帯員氏名
		個人番号	個人番号
		(3) 世帯員氏名	(4) 世帯員氏名
		個人番号	個人番号
市町村民税非課税世帯で申請者の収入が80万9千円(注3)以下の場合のみ記入してください			
○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。 ○なお、収入が80万9千円(注3)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)(注3)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、80万9千円(注3)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、80万9千円(注3)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。		

(ウラへ続く)

## ≪事務処理使用欄≫

有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	階層区分	上限額	保健所受付印
	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  年 月 日生	<input type="checkbox"/> 指定難 病 <input type="checkbox"/> 小児慢 性	受給者番号
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名  年 月 日生	<input type="checkbox"/> 指定難 病 <input type="checkbox"/> 小児慢 性	受給者番号
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名  年 月 日生	<input type="checkbox"/> 指定難 病 <input type="checkbox"/> 小児慢 性	受給者番号

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
- (注3) 令和8年7月1日以降「82万6,500円」になる予定です。

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 [ ]
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"/> 「医療保険の資格情報」が確認できる書類 <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 [ ]