

# 小児慢性特定疾病医療費支給認定 変更申請書

八尾市長 様

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		
	住所	〒		
申請者 (送付先)	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	(病名)
---	--------------	---	------

2	重症患者区分の 認定	<input type="checkbox"/> 高額治療継続者の認定 (支給認定を受けた小児慢性特定疾病に関する月ごとの 総医療費が50,000円を超える月が6回以上となっ た。)	<input type="checkbox"/> 指定医が作成した医療意見書 (小児慢性特定疾病医療意見書 別紙(療育指導連絡票 兼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	医師作成の人工呼吸器等装着者証明書(別紙様式第3号)の添付が必要です。
---	-----------------	-------------------------------------

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"/> 課税に関する証明書の提出 <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 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
		<b>医療費支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)</b> <small>(注) 課税年において、16歳未満の者に☑を記入。</small>		
		(1) 受診者氏名	(注) <input type="checkbox"/> (2) 世帯員氏名	(注) <input type="checkbox"/>
		(3) 世帯員氏名	(注) <input type="checkbox"/> (4) 世帯員氏名	(注) <input type="checkbox"/>
		<b>【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】</b>		
<input type="checkbox"/> ○障害年金等(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、自己負担上限額決定のため階層区分はⅢ(2500円)になります。 ※(注1)(注2)は裏面にごさいます。		<input type="checkbox"/> 注意1)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"/> 注意1)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2500円(階層区分Ⅲ)になることを了承します。				

(ウラへ続く)

<b>&lt;&lt;事務処理使用欄&gt;&gt;</b>		階層区分	適用区分	保健所受付印
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
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。(表)

必要な申請事項について、太枠の中に記入してください。(裏)

5	支給認定基準世帯員のうち、小児慢性特定疾病又は指定難病の受給者証の交付を受けている者の追加等	【区分】	氏名	<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	年 月 日生		
		【区分】	氏名	<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	年 月 日生		
		【区分】	氏名	<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	年 月 日生		

6	指定医療機関	※変更の場合は変更前を（ ）で記入してください。			
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 □病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション ※いずれかに☑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
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 □病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション ※いずれかに☑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
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 □病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション ※いずれかに☑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
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 □病院・診療所 □薬局 □訪問看護ステーション ※いずれかに☑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		

(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