

保健所	保険証・番号・確認・委任状	その他：来・郵
	意見書・人工・重症・血液	
	住民票・税証明・高長・按分	

2024.4

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 1-1 [新規 疾病追加・変更]

受診者	ふりがな			生年月日	受給者番号 (新規を除く)	
	氏名			平・令 年 月 日		
	住所	〒 ー				
	電話番号	※日中に連絡できる番号を記入してください。				
	医療保険	保険者名	保険者称	被保険者証の記号・番号		
病名						

自己負担上限額の特例
(該当する場合は) 世帯内按分 人工呼吸器等装着 重症患者認定 高額かつ長期 (新規を除く)

種別	受給者番号	受給者氏名
<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		
<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病		

支給認定日の
遡り
(さかのぼり)

・医療費の支給認定日は、①医療意見書に記載された診断年月日、②保健所が申請書を受理した日の
ひと月前の同日、を比べて後の日となります。

[支給認定日の例] ①が11/10、②が10/30(受理日が11/30)の場合、支給認定日は「11/10」となります。

・ただし、やむを得ない理由(仕事、育児、失念、身内の不幸、転居等の私的な理由は除きます。)により、
診断年月日から1か月以内に申請が行えなかった場合は、最長で受理日の3か月前の同日まで遡ること
ができます。

次の理由のいずれかに該当する場合は し、遡りを希望する年月日を記入してください。

(希望年月日が支給認定開始日にならないこともあります。)

医療機関の事情により医療意見書の受取りに時間を要した 症状悪化や入院により申請に時間を要した
 その他の理由(災害に罹災等)により申請に時間を要した(理由:)

遡りを希望する年月日 年 月 日

左記には、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記入

厚生労働大臣 様

提出した医療意見書の情報が、別紙「小児慢性特定疾病の医療費助成の申請における医療意見書情報の研究等への利用に
関する説明」のとおり、①厚生労働省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 同意しません。 ※チェックがない場合は同意したものとみなします。

広島県知事 様

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請に当たり、次の事項に同意します。

- ・申請内容が、保健所の保健指導(集団保健指導を含む)、市町が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿
及び個別避難計画の基礎資料として使用されること。
- ・災害時、個人情報の慎重な取扱いが必要な受診者及び世帯員(DV被害者等)の氏名、住所及び生年月日は、安否不明者の
情報として公表しないようにするため、県、県警及び市町で使用されること。
- ・私又は世帯員(以下「世帯員ら」)の医療保険上の所得区分を、広島県が世帯員らの加入する医療保険者から報告を求めること。
- ・世帯員らの個人番号から、世帯員らの課税状況及び収入を調査し、自己負担上限額を決定すること。

年 月 日 申請者氏名 [受診者との続柄:]

※申請者氏名は、被保険者(被用者保険・国保組合)又は保護者になります。

郵便物の送付先 (受診者住所と異なる場合のみ、記入してください。)

〒 ー	送付先の宛名 (続柄)
	送付先の電話

❖裏面も必ずご記入ください❖

本 庁	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 疾病追加・疾病変更	生・低Ⅰ・低Ⅱ・一Ⅰ・一Ⅱ・上	自己負担上限額
	認定期間 / ~ /	人工・重症・高長・按分・血液	円

支給認定基準世帯員（受診者の医療保険を確認のうえ、記入してください。）

- ▶ 市町国保の方：住民票上の世帯で、受診者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員
- ▶ 国保組合の方：住民票が異なる場合も含めて、受診者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員
- ▶ 上記以外の方：住民票が異なる場合も含めて、被保険者（医療保険の加入者）

*受診者の記入は不要です。

*住所は、申請月が1～6月の場合は前年の1月1日、7～12月の場合は今年の1月1日の住所を記入してください。

*支給認定基準世帯員の方は、マイナンバーを確認することができる書類を提出してください。

支給認定基準世帯員			受診者との続柄	市町村民税	備考
申請者	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 被保険者
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/>
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	
1	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	
2	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	
3	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	
4	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	
5	氏名			<input type="checkbox"/> 生活保護	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税	
	住所	都道府県 市区町村		<input type="checkbox"/> 課税	

収入に関する申立て（市町村民税が非課税の世帯の方は、次のいずれかにチェック☑してください。）

- 申請者（受診者が18歳以上の場合は本人）の年間収入額は、80万円を超えるため、低所得Ⅱ（自己負担上限額2,500円）に該当します。（下欄は記入不要）
- 申請者（受診者が18歳以上の場合は本人）の年間収入額は、80万円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額1,250円）に該当します。

↓ 年間収入額は、下欄①～③合計額のとおりです。（下欄に記入及び関係書類を添付）

収入の種類	年間収入額
①市町村民税非課税証明書の合計所得金額	円
②公的年金収入額	円
③その他収入（該当収入に○を付け、年金証書や給付通知書など、受領額の分かる書類のコピーを添付）	円
<input type="checkbox"/> 受給なし 特別障害者手当 特別児童扶養手当 障害基礎年金 障害共済年金 遺族厚生年金 経過的福祉手当 特別障害給付金 障害児福祉手当 障害厚生年金 遺族基礎年金 遺族共済年金 障害補償給付	
①～③の合計額	円

* 年間収入額は、「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他収入」を合計した額です。

* 上記にチェックがない場合や個人番号を利用して年収額が80万円を超えることが確認できた場合は、低所得Ⅱ（自己負担上限額2,500円）と認定します。