

新規用記入例

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規)更新・変更

受診者	フリガナ	トトリ ハナコ		受給者番号 (新規申請の場合は記入不要)				
	氏名	鳥取 花子						
	個人番号	1234 5678 1234		生年月日	平成30年 4月1日		年齢	8歳
	住所	(〒 680-0845) 鳥取市富安二丁目138-4				電話	0857-30-8239	
	加入医療保険	被保険者氏名	鳥取 太郎		受診者の続柄		父	
保険種別		協会・組合・国保・共済・生保・その他		医療保険各法の記号・番号		133456 789		
保険者名		(例) 全国健康保険協会 ○○支部						
疾病名		※ 医療意見書を確認して記入してください						
申請者	氏名	鳥取 太郎	個人番号	9876 5432 1098		受診者との関係(続柄)	父	
	住所	鳥取市富安二丁目138-4			電話番号	090-8888-0000		
受診者と同じ医療保険に加入している指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成対象者の有無(該当の場合は■)		<input type="checkbox"/>	「■」の場合、該当者の氏名・受給者番号		氏名	受給者番号		
受診者が指定難病医療費助成対象の場合		<input type="checkbox"/>						
登録者証申請		<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない						
住民票・所得課税証明省略		<input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成の申請にあたり、必要があるときは、私の支給認定世帯員に関する住民情報、収入、課税状況など必要事項について、鳥取市が照会確認 ※ 本同意書は、申請書提出後、申請書提出の目的以外に使用することはありませ						
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	令和8年 4月 1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 ()					

チェックを入れてください

意見書の「診断年月日」を記載

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

令和 8 年 5 月 1 日

原則、受診者の加入する保険の被保険者としてください。

申請者氏名 鳥取 太郎

- 注
2. 申請書提出後、申請書提出の目的以外に使用することはありませ
 3. 登録者証を「申請する」とした場合、市がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

行政記入欄 (以下の欄は記入しないでください。)			
該当する所得区分	記入不要		一般所得Ⅱ・上位所得
自己負担上限月額の特例(該当するものに■)	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/> 長期
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 重症患者認定

