

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											受給者番号 (新規申請の場合は記入不要)														
	氏名																									
	個人番号												生年月日	年	月	日	年齢	歳								
	住所	(〒)										電話														
	加入医療保険	被保険者氏名											受診者の続柄													
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														
保険者名																										
疾病名																										
申請者	氏名											個人番号											受診者との関係(続柄)			
	住所											電話番号														
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 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 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、鳥取市が照会確認することに同意します。(同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※ 本同意書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る目的以外に使用することはありません。																								
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 ()																		

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

年 月 日

申請者氏名

鳥取市長 様

注1 (新規・更新・変更)の欄は、該当するものに○を付してください。

- 申請者は、受診者が未成年の場合は原則として受診者と同じ医療保険に加入している保護者とし、受診者が成年の場合は受診者本人としてください。
- 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	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 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"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定

