

<input type="checkbox"/> 新規		<input checked="" type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 転入		<input type="checkbox"/> 変更・記載事項変更 ()							
<input type="checkbox"/> 消滅		(理由: 転出 死亡 その他) 消滅日 年 月 日		<input type="checkbox"/> 再交付		(理由: 紛失 その他)							
受給者番号 (新規・転入は記載不要)				0	1	2	3	4	5	6	受給者証有効期限 (更新のみ) ~ 令和8年9月30日		
受診者	カナ	チバ イチロウ						年齢	生年月日				
	氏名	千葉 一郎						7	平成30年 12月 3日				
	住所	〒261-8755 千葉県美浜区幸町1-2-3 千葉ハイツ102号						電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先 090-0000-0000				
	旧住所	(〒 -) 都・道 府・県 市・区 町・村						※当年(1~6月の新規申請は前年)1月1日に千葉市に非居住の場合、旧住所欄に都道府県・市区町村名等を記入					
保護者 <small>※受診者が18歳未満の方のみ記入。</small>	カナ	チバ タロウ						電話番号	携帯電話など平日、日中の連絡先 080-△△△△-△△△△				
	氏名	千葉 太郎						続柄	受診者から見て 父				
	住所	〒 千葉市 区						※当年(1~6月の新規申請は前年)1月1日に千葉市に非居住の場合、旧住所欄に都道府県・市区町村名等を記入					
	旧住所	(〒 -) 都・道 府・県 市・区 町・村						18歳以上の方は受診者本人が申請者になりますので、記入不要です。					
病名		0000症						疾患に関する変更の場合		変更 ・ 追加			
受診者が加入している医療保険 <small>※変更の場合は変更後の情報を記入</small>		保険者名 (加入先)		全国健康保険協会 千葉支部						該当がある場合、詳細は裏面に記入してください。			
		記号番号・枝番 (被保険者番号)		千葉11・12345									
自己負担上限額の特例と変更 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input checked="" type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input checked="" type="checkbox"/> 支給認定世帯員の中で他の小児慢性又は指定難病受給者の該当		<input type="checkbox"/> 生活保護 (受給者 外層) 該当者 (<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 廃止) <input type="checkbox"/> 階層区分変更									
別添「医療意見書の研究利用に関するご説明」をご確認いただき、同意される方は、右欄にチェックをお願いいたします。 なお、同意の有無は医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。		<input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣 様 私は、小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した医療意見書が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、小児慢性特定疾病の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。											
<input checked="" type="checkbox"/> 申請受付後、この申請の審査に必要な場合は、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉市における市民税等に関する課税資料、医療保険情報、住民基本台帳情報、生活保護受給状況について調査・確認されることに同意します。 なお、これらの調査をされることについて、私の属する世帯員の承諾を得ています。													
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 (該当するものに☑) <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 ()									
※更新の場合は原則記載不要		※支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日または当該支給認定の申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日のいずれか遅い日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、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載。											
市町村民税が非課税世帯の方のみ、下記を記入 (該当するものに☑) してください。 階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します。													
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。		<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(1,250円)又は低所得Ⅱ(2,500円)に決定】		<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、そのうち証明する書類の一部又は全部、提出を省略します。【低所得									
長期入院であったことを医療保険者に申し出します。		<input type="checkbox"/> 申請月以前の1年間の入院日数が、通算して		受診者が18歳以上の方は受診者本人の氏名、18歳未満の方は保護者(申請者)の氏名を記入してください。									
支給決定に際し、私又は私が属する世帯の世帯員の千葉市における市民税等に関する課税状況をするに同意します。													
本申請書のとおり申請します。(届出) (あて先) 千葉市長				申請日 (届出日)		令和〇年〇月〇日		申請者名 (届出者名) 千葉 太郎					

千葉県使用欄

※受診者が18歳未満の場合、保護者の氏名を記入。

認定開始年月日	.	.	認定終了年月日	.	.	審査年月日	.	.	決定年月日	.	.
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						制度区分	国・市			
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着		<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						
備考											

※裏面も必ず御記入ください。

支給認定基準世帯員 記入欄（※受診者本人の情報は記入不要）

カナ 氏名	続柄	生年月日	受給者番号（無の場合は記載不要）
		住所（受診者と異なる場合のみ）	旧住所（市区町村まで）
カナ チバ タロウ 氏名 千葉 太郎	父	昭和46年 6月 7日	No.
難病小慢認定の有無（ <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）		住所	旧住所
カナ チバ ハナコ 氏名 千葉 花子	妹	令和2年 4月 5日	No. 9876543
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小慢）		住所	旧住所
カナ 氏名		年 月 日	No.
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）		住所	旧住所
カナ 氏名		年 月 日	No.
難病小慢認定の有無（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢）		住所	旧住所

○国保・国保組合の方：受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（対象者がいる場合のみ）
 を記入してください。
 ※支給認定世帯員変更の場合は、変更後の世帯を記入してください

受診を希望する 指定医療機関 (更新の場合、変更希望な ければ記入不要)	医療機関情報		医療機関番号（千葉市記入欄）
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所	
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		
<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	医療機関名 住所		

郵送先	認定の結果等郵送先		本人住所 ・ 下記の郵送先に送付希望（いずれかに○）	
	氏名		受診者との続柄	
	住所	〒 —	都・道 府・県	市・区 町・村
			電話番号	