

担任		係長・課長補佐	課長	保健所支所長
----	--	---------	----	--------

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更） （※1）

受診者	フリガナ				生 年 月 日		
	氏 名				性 別 男 ・ 女	歳	年 月 日
	個人番号						年 月 日
	フリガナ				電 話 番 号		
	住 所	〒					
	加入医療 保険	被保険者氏名				受診者との 続柄	
保 険 種 別		協会けんぽ・健保組合・共済・国保・国保組合・その他（ ）			被保険者証 の記号・番号		
被保険者証 発行機関名					保険者番号		
申 請 者	フリガナ				受診者との 関係		
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ				電 話 番 号 （※2）		
	住 所 （※2）	〒					
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 治 療 継 続			
	<input type="checkbox"/>	世 帯 内 按 分 特 例	<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定			
今回申請する受診者と同じ世帯（※3）内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者（申請者）					有（氏名） ・ 無		
疾病名							
受診を希望する指定 医療機関（薬局、訪問 看護事業者等を含む） ※足りない場合は裏面	医 療 機 関 名		所 在 地		電 話 番 号		
受給者番号（※4）		今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合（申請中含む）			有 ・ 無		
		指定難病の受給者番号					
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 _____ 印 _____（※5）							
（宛先）川崎市保健所長							

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 受診者と生計を一にする者とする。

※4 更新または変更の方のみ記入。

※5 申請者氏名については、記名押印又は
自筆による署名のいずれかとする。

書類への記入は、ボールペン等消えない筆記具で御記入ください。

（鉛筆、消えるボールペン使用不可）

修正液や修正テープでの修正は行わないでください。

≪裏面も御記入ください≫

保 健 所 記 入 欄	申請者番号確認（マイナンバー）			受付印
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し			
	申請者身元確認（顔写真有は1点 その他は2点）			
	1点で可	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード・特別 永住者証明書 <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育各手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	2点必要	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 健康保険証		
	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	自己負担限度額（月額）	円		
	認 定	一般・重症・呼吸器・特例（ ）		
	階 層 区 分	生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位	適用区分	

世帯調書

・住民票上の世帯全員について記入してください。

住民票が別でも、同じ医療保険に加入している方がいる場合はその方も記入が必要です。

氏名	生年月日	受診者からみた続柄	医療保険の種類 (該当に○)	受診者と同じ医療保険の方 (該当に○)	指定難病・小児慢性特定疾病対象の有無等	申請年の1月1日現在の住所 (該当に○)	備考
受診者(児童)	年 月 日	本人	国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)	○		川崎市内 川崎市外	
申請者(保護者)	年 月 日		国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)		有(難病・小児慢性) 無 申請中()	川崎市内 川崎市外	
	個人番号						
	年 月 日		国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)		有(難病・小児慢性) 無 申請中()	川崎市内 川崎市外	
	個人番号						
	年 月 日		国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)		有(難病・小児慢性) 無 申請中()	川崎市内 川崎市外	
	個人番号						
	年 月 日		国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)		有(難病・小児慢性) 無 申請中()	川崎市内 川崎市外	
	個人番号						
	年 月 日		国保、国保組合 後期高齢、 その他(組合・ 共済等)		有(難病・小児慢性) 無 申請中()	川崎市内 川崎市外	
	個人番号						

受診を希望する指定医療機関追加記載欄

	医療機関名	所在地	電話番号
受診を希望する指定医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む)			

- ・この申請を行う年の1月1日に川崎市外に居住しマイナンバーの記載がない方は、1月1日に住民票があった住所地で発行する住民税課税証明書等を提出していただく場合があります。
- ・受診者(児童)が加入する健康保険が国保組合の場合はその健康保険に加入する全員分の市民税の課税状況がわかる書類の提出が必要となります。
- ・収集した個人情報は、他の目的で使用されることはありません。