

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				年 月 日		
	個人番号						
	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（ ）			記号・番号	
		保 険 者 名				保険者番号	
	申 請 者 （※2）	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		
住 所		〒					
自己負担上限額の特例 （該当するものに☑）	☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着	☐	高 額 治 療 継 続			
	☐	世 帯 内 按 分 特 例	☐	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				
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（※6、7）	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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 _____（※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する。受診者本人と同じ場合は、「受診者との関係」欄に本人と記入する。
- ※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すること。
- ※5 記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。
- ※6 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で遡ることが可能（ただし原則 1 か月前、やむを得ない理由がある場合は 3 か月前の日まで）なため、申請日に関わらず、医療費支給開始日として適当な年月日を記載する。
- ※7 更新の場合は原則記入不要。

保 健 所 記 入 欄	有効期間	年 月 日から	受付印
		年 月 日まで	
	自己負担限度額（月額） 円		
	階 層 生 保 ・ 低 I ・ 低 II ・ 一般 I ・ 一般 II ・ 上位	一般・重症・呼吸器 特例（ ）	
適用区分			

《裏面も御記入ください》

世帯調書

・受診者と同じ医療保険に加入している方を記入してください。

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	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	
	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						
	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						

所得調査に関する同意欄

小児慢性特定疾病医療費の支給認定に伴う階層区分の判定にあたって、必要な所得状況（支給認定基準世帯員※1 全員の市民税課税状況や収入状況等※2）、その他支給認定にあたり必要な情報を川崎市が調査することに同意します。

年 月 日

申請者氏名 _____ 印（自署又は記名押印）

※1 実際の居住形態等によらず、対象児童等が加入する医療保険の被保険者のことを指します。

※2 支給認定基準世帯の市民税所得割が非課税の場合、階層決定に必要な収入（児童福祉法施行規則第7条の5に掲げる給付を含む）のことを指します。

受診を希望する指定医療機関追加記載欄

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）	医 療 機 関 名	所 在 地	電 話 番 号

・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です。

・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。