

**小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書**  
**（新規・更新・変更）（※1）**

受 診 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名				
	個 人 番 号				
	住 所			電 話 番 号	( ) —
	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との 続 柄
	被保険者証の 記号・番号				
	保 険 者 名 称				
申 請 者 (※2)	フリガナ			受診者との 続 柄	
	氏 名				
	個 人 番 号			電話番号	( ) —
	住 所				
自己負担上限月額の特例	該当する□の中にし印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期（高額治療継続） <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着				
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（申請中を含む。）	有（氏名 _____） ・ 無				
疾 病 名					
受診を希望する 指定小児慢性特 定疾病医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む。)	医 療 機 関 名	所 在 地			
受給者番号（※4）			登録者証申請（※5）	申請する ・ 申請しない	
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（申請中を含む。）	有（指定難病の受給者番号 _____） ・ 無				
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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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、申請します。 年 月 日 申請者氏名 _____ （宛先）金沢市長					

※1 新規・更新・変更（指定小児慢性特定疾病医療機関、自己負担上限月額及び小児慢性特定疾病の名称の変更認定の申請の場合）のうち、該当するものに○を付けてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。なお、受診者本人の場合は本人と記載してください。

※3 受診者と生計を一にする者として。

※4 更新又は変更の方のみ記入してください。

※5 「申請する」を選択した場合、市区町村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。

※6 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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（ただし、遡り期間は、原則申請日から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）まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載してください。

※7 更新の場合は、原則記入不要です。

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との 続柄	
個人番号			

申請時の児童の状況	在 宅			入所	入院	その他 ( )
	就労	就学	その他 ( )			
福祉健康センターに 相談したい事項 ( 無 ・ 有 )	医療	家庭看護	福祉制度 就学	食事・栄養	歯科	その他 ( )

確認	番号	個人 通知 住民 端末 ( )	代理	法定 戸籍 本人 委任	備考
	本人	個人 免許 手帳 在留 旅券 住基B 保険 介護 年金 その他 ( )			