

第1号様式（第1条の2関係）

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）		
対象児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名									年 月 日		
	個人番号											
	フリガナ											
	住 所	〒							電話番号			
	加入医療保険	被保険者氏名						対象児との続柄				
被保険者証の記号・番号												
被保険者証発行機関名												
申請者	フリガナ					対象児との続柄						
	氏 名											
	個人番号											
	フリガナ					電話番号（※2）						
	住 所（※2）	〒										
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					
今回申請する対象児と同じ加入医療保険内で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者						有	氏名		難病・小慢		無	
							氏名		難病・小慢			
							氏名		難病・小慢			
							氏名		難病・小慢			
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。）		医 療 機 関 名				所 在 地						
受給者番号（※3）												
備 考												
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（※4）</p> <p>（宛先）松山市長</p>												

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。

※2 対象児と異なる場合に記入してください。

※3 更新または変更の方のみ記入してください。

※4 申請者氏名については、記名又は自筆による署名のいずれかとしてください。

（裏面に続く）

世帯員氏名	対象児との続柄	生年 (年 月 日)	市町村民税 (所得割) 課税年額又は 収入金額	備考
	本人	(年 月 日 歳)		
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
		(年 月 日 歳)		
	個人番号			
世帯の市町村民税（所得割）課税年額又は非課税世帯の収入金額				階層区分
備考				

対象児及び支給認定基準世帯員（対象児と同じ医療保険に加入する者）
 ※太枠内のみ記入してください。