

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）	
受診者	フリガナ					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							受 診 者 と の 続 柄		
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名							記 号 ・ 番 号 ・ 枝 番			
申請者（※2）	フリガナ							受 診 者 と の 続 柄			
	氏 名										
	個人番号										
	フリガナ										
住 所	〒										
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 checked="" 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医療保険に加入する者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（受診者本人の指定難病（別疾病に限る。）も含む。）						有	氏名		難病・小慢		無
							氏名		難病・小慢		
疾病名											
受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護ステーションを含む。）		医 療 機 関 名				所 在 地					
受給者番号（更新又は変更の方のみ記入してください。）											
支給開始日（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）（※3、4）		年 月 日				【左記の欄が申請日から1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、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 （宛先）松山市長											

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。

※2 受診者が18歳未満の場合は保護者について記入してください。受診者が18歳以上の場合は、氏名欄に本人と記入してください。

※3 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又は申請日の1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月前）の日のいずれか遅い日です。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入してください。

※4 更新の場合は、原則として記入不要です。

（裏面に続く）

受診者及び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）

※太枠内のみ記入してください。

世帯員氏名	受診者との続柄	生 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		
		年 月 日		
	個人番号			
		年 月 日		
	個人番号			
		年 月 日		
	個人番号			
		年 月 日		
	個人番号			
		年 月 日		
	個人番号			
		年 月 日		
	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				