

## 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	ふりがな				歳	生 年 月 日		
	氏 名					年 月 日		
	個人番号				電話番号	①自宅		
	ふりがな					②		
住 所	〒							
加入医療保険	ふりがな			受診者との続柄	記号・番号			
	被保険者氏名							
	保険種別	協・組・船・共・国・生		保険者名			機関コード	
申請者	ふりがな			受診者との続柄	フリガナ		〒	
	氏 名				住 所 (※2)			
	個人番号							
該当する階層区分 *保健所記載	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							
自己負担上限月額の特例 (該当するものに☑) *保健所記載	<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		
	<input type="checkbox"/>	年金等( ) (年額 円)			<input type="checkbox"/>	手当( ) (年額 円)		
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・電話番号			
備考欄 ※保健所記入								
受診者の指定難病医療費助成対象(申請中含む)	有 ・ 無		指定難病の受給者番号			負担上限額 *記載不要		
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(※4.5)	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〔 〕					
<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>また、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、上記受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、長崎県が加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が長崎県へ回答をすることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">長崎県知事 様</p>								

※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。なお、受給者本人の場合は本人と記載する。  
また、申請時において受給者が18歳以上の場合は、申請者氏名は受給者本人を記載する。

※3 更新または変更の方のみ記入。

※4 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)の同じ日まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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。

※5 更新の場合は、原則記入不要。

支給認定基準世帯員（受給者と同じ医療保険に加入する者）

受診者との 続柄	世帯員氏名・個人番号		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） （※）	受給者番号 左記で有の場合のみ記入	指定難病・小児慢性特定疾病の 自己負担額 *記載不要
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				
	世帯員氏名		有 ・ 無 ・ 申請中		
	個人番号				

※【該当者のみ】世帯内で複数の患者が存在する場合の自己負担上限額の按分について

同一医療保険の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病医療費の助成を受けている方がいる場合は、自己負担上限額が世帯単位で按分され、自己負担上限額最上位者の金額になります。

<具体例>

●同一世帯に難病の認定者（親）がおり、難病（親）の上限額が2万円、小児慢性（子）の上限額が1万円の場合

難病（親）の上限額：  $2万円 \times (2万円 \div (2万円 + 1万円)) = 1万3,330円$

小児慢性（子）の上限額：  $1万円 \times (2万円 \div (2万円 + 1万円)) = 6,660円$

●同一世帯に小児慢性（兄弟）の認定者がおり、小児慢性（兄）の上限額が1万円、小児慢性（弟）の上限額が1万円の場合

小児慢性（兄）の上限額：  $1万円 \times (1万円 \div (1万円 + 1万円)) = 5,000円$

小児慢性（弟）の上限額：  $1万円 \times (1万円 \div (1万円 + 1万円)) = 5,000円$

・上記の「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）（※）」欄の「有」に該当する方（小児慢性のみ）については、今回、表面記載の受診者の新規・変更・更新の認定により、自己負担上限額が変更となるため、併せて変更申請が可能です。

世帯内按分に該当するため、上記の同一世帯内の小児慢性医療費受給者についても変更申請を希望します。

年 月 日 申請者氏名