

記入例

(様式第1号)

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

疾病名		成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症		*受給者番号 (※2)											
受診者	フリガナ	フクイ イチロウ		性別	① 男 2 女		年齢	12 歳							
	氏名	福井 一郎		生年月日	平成		年	月	日						
	個人番号	登録済		生年月日			2	5	0	1	0	1			
	郵便番号	〒 918-8004													
	住所	福井市西木田2丁目8-8													
	電話番号	(0776) 33-5185		携帯電話番号	090-0000-0000										
加入医療保険	フリガナ	フクイ タロウ フクイ ハナコ		受診者との続柄	父 母										
	被保険者氏名	福井 太郎 福井 花子													
	<input checked="" type="checkbox"/> 1 健保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 2 国保 (一般) <input type="checkbox"/> 3 退職者国保 (家族) <input type="checkbox"/> 4 国保組合														
	保険者名	フクイシホケンシヨ健康保険組合													
	*健康保険者コード										*高額療養費適用区分				
	記号番号	98 7654321 02													
身体障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無		種 級			年 月 日 取得								
医療機器の使用状況		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 (時間/日)		<input type="checkbox"/> 気管切開		<input type="checkbox"/> 在宅酸素									
申請者	フリガナ	フクイ タロウ フクイ ハナコ		受診者との関係	父 母										
	氏名	福井 太郎 福井 花子													
	個人番号	登録済													
	住所 (※3)														
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"/> 世帯内按分特例													
今回申請する受診者と同じ世帯内(※4)にいる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				無											
				※有の場合は、裏面に受給者番号を御記載ください。											
* 所得階層区分		生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位		登録者証申請		<input type="checkbox"/> 申請する (※5)									
指定医療機関	名称 (薬局・訪看事業者を含む)			所在地											
	<input type="radio"/> 病院 <input checked="" type="radio"/> 薬局	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○赤枠内の記載内容について、ご確認ください。</p> <p>○変更がある場合、朱書きで見え消しし、ご記入ください。</p> </div>													
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)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○申請者の氏名を署名してください。</p> <p>○18歳以上の成人患者は本人の氏名を署名してください。</p> </div>													
上記のとおり、申請します。		福井市長 様		令和7年 6月 ○○日											
				申請者 氏名		福井 花子									
*保健所名	*認定期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日					
福井市保健所		5	0	7	0	9	0	1	5	0	8	0	8	3	1

(裏面あり)

(裏面)

「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意書(別紙様式第13号)」をご確認の上、利用について同意をされる方は、以下の署名をお願いします。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

厚生労働大臣 殿

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成および登録者証の申請に当たり、提出した医療意見書の情報が①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病等に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和 7年 6月〇〇日

医療意見書の研究利用に、同意される場合は、ご記入ください。

住 所 福井市西木田2丁目8-8

患者氏名 福井 一郎

※患者が未成年又は成年後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認した上で、以下も署名してください。

代理人氏名 福井 花子

(記入要領)

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 更新又は変更の方のみ記入。
- ※3 受診者本人と異なる場合に記入。なお受診者本人の場合は本人と記載する。
- ※4 受診者と生計を一にする者とする。
- ※5 「申請する」を選択した場合、市区町村が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る。
- ※6 小児慢性特定疾病医療費の支給認定日は、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。そのため、申請日に関わらず、小児慢性特定疾病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。
- ※7 更新の場合は、原則記入不要

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全員)

	世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄	指定難病又は小児慢性特定疾病医療受給者番号
1	福井 太郎	登録済	父	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病
2	福井 花子			<input type="checkbox"/> 指定難病
3	福井 次郎			
4				
5				
6				<input type="checkbox"/> 小児慢性

- 赤枠内の記載内容について、ご確認ください。
- 世帯員とは
 - ① 国民健康保険・国民健康保険組合の方は、同じ健康保険に加入している方全員
 - ② 全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合に加入の方は、被保険者の方のみ
- 変更がある場合、朱書きで見え消しし、ご記入ください。