

札幌市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書				(新規・更新・変更)		
受診者	ふりがな			男・女	生年 月日	年 月 日
	氏名					
	個人番号					
	住所	〒 (電話)				
	加入医療 保 険	ふりがな 被保険者氏名			受診者との続柄	
	保険種別	政管 健保 共済 国保 生保 その他()				
	被保険者証 発行機関名					
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号			
保護者	ふりがな 氏名				受診者との関係	
	個人番号					
	電話番号	(日中のご連絡先)				
	住所 (受診者と異なる 場合に記入)	〒				
疾 病 名						
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		
身体障害者手帳 (該 当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	申請中
	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	申請中
療育手帳 (該当する ものに☑)	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	申請中
医療的ケア (該当す るものに☑)	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 (人工呼吸器・在宅酸素・気管切開・吸引・経管栄養・導尿・その他)		
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 (更新または変更の方のみ記入)						
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。						
申請者氏名			印			
(申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。)						
年 月 日						
あて先) 札幌市長						

保健センター記入欄	該当する階層区分	
-----------	----------	--

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。

記載例

※該当する項目に○を付けます。

札幌市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

(新規・更新・変更)

受診者	ふりがな氏名	さっぼろ ころ 札幌 心		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	住所	〒060-8611 札幌市中央区北〇条西〇丁目〇—〇 (電話〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
	加入医療保険	ふりがな被保険者氏名	さっぼろ いちろう 札幌 市郎		受診者との続柄	父
	保険種別	政管 <input checked="" type="radio"/> 健保 <input type="radio"/> 共済 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 生保 <input type="radio"/> その他 ()				
	被保険者証発行機関名	〇〇〇健康保険組合				
	被保険者証の記号・番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇				
保護者	ふりがな氏名	さっぼろ いちろう 札幌 市郎			受診者との関係	父
	個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXX				
	電話番号	(日中のご連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※携帯電話など、日中のご連絡が可能な電話番号を記入します。				
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	〒 <input type="text"/> 受診者と異なる場合のみ記入します。				
疾病名	慢性肺疾患					
自己負担上限額の特例 (該当するものに <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>)</td> <td><input type="/>	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		
身体障害者手帳 (該当するものに <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>)</td> <td><input type="/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中	療育手帳 (該当するものに <input 4"="" checked="" type="checkbox/>)</td> <td colspan="/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中					
医療的ケア (該当するものに <input 5"="" checked="" type="checkbox/>)</td> <td colspan="/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (人工呼吸器・在宅酸素・気管挿入・吸引・経管栄養・導尿・その他)						
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		
	〇〇〇〇病院 △△△△こどもクリニック □□□□調剤薬局			札幌市中央区北〇条西〇丁目〇—〇 札幌東区北〇条東〇丁目〇—〇		
	手帳や医療的ケアについて該当するものがあれば、チェックを付けてください。					
受給者番号 (更新または変更の方のみ記入)			△△△△△△△△			
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。						
申請者氏名 札幌 市郎 印						
(申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。)						
〇〇年〇月〇日						
あて先) 札幌市長						
現在医療受給者証をお持ちの方は、受給者番号を記入します。						

保健センター記入欄	該当する階層区分
-----------	----------

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。