様式第１号

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		生年月日	平成 令和　年　月　日
			受給者番号	（更新・変更の方）
	マイナンバー		疾病名	
	住所	〒 （電話　　）		
	加入医療保険 （被保険者証発行機関名）	ふりがな 被保険者氏名		受診者との続柄
		保険種別	・協会けんぽ（　全国健康保険協会　北海道支部　・　　支部） ・健保　（　　健康保険組合） ・共済　（　　共済組合　　） ・国保　（　　市・区・町・村） ・国保組合　（　　保険組合　　） ・生保　　・その他（　　）	
		被保険者証の記号・番号	記号　　番号	
		加入医療保険の被保険者が1月1日時点で札幌市外に居住していた場合、市町村を記入　※1～6月申請の場合は前年1月1日時点		市・区・町・村
保護者 （18歳以上の受診者は記入不要）	ふりがな 氏名		受診者との続柄	
	マイナンバー		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）	〒		

市民税非課税世帯の場合（該当するものに☑）	保護者（複数いる場合、収入の高い方）、又は18歳以上の受診者の前年の収入（年金等※1を含む）　※1～6月申請の場合は前々年の収入	□	82万6千5百円を超える	□ 82万6千5百円以下　※1添付する書類に○
	※1…障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別障害給付金・障害補償給付・その他（　　）　※児童手当・児童扶養手当は対象外			

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	□	重症患者認定	重症患者認定基準を満たす場合
	□	高額かつ長期	医療費総額が5万円を超える月が申請月を含む過去１年間に６回以上ある場合
	□	人工呼吸器等装着	人工呼吸器（一日中施行・離脱見込なし・日常生活動作が著しく制限）等を使用
	□	世帯内按分	医療保険上の世帯内に、指定難病・小児慢性特定疾病等の受給者がいる場合

身体障害者手帳（該当するものに☑）	□ 無　□ 有　□ 申請中	療育手帳（該当するものに☑）	□ 無　□ 有　□ 申請中
医療的ケア（該当するものに☑）	□ 無　□ 有　人工呼吸器・在宅酸素・気管切開・吸引・経管栄養・導尿・注射・（　　）		

受診指定医療機関（対象疾病のため主に利用する医療機関１か所）	医療機関名	所在地

医療費助成の開始日は申請日ではなく診断日※2まで遡りが可能（遡り期間は原則申請日から1か月、やむを得ない理由があるときは最長3か月）。	遡りの期間が申請日から1か月を超えるやむを得ない理由がある場合☑	□ 医療意見書の受領に時間を要したため □ 症状が悪化し、申請書類の準備や提出に時間を要したため □ 大規模災害に被災し、申請書類の提出に時間を要したため □ その他（
	遡りを希望しない場合☑	□

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

あて先）　札幌市長

保健センター記入欄	階層区分　　K・1・2・3・4・5・6　重症・高長・人工・按分（　　円）

※2…指定医が当該小児慢性特定疾病と診断し、且つ、当該小児慢性特定疾病が原因で、疾病の状態の程度を満たすと総合的に判断した日

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

様式第１号

記載例

※該当する項目に〇を付けます。

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	さっぽろ　こころ 札幌　心	生年月日	平成・令和　〇年　〇月〇日
			受給者番号（更新・変更の方）	××××××××
	マイナンバー	××××××××××××	疾病名	フォンタン（Fontan）術後症候群
	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　）		
	ふりがな 被保険者氏名	さっぽろ　いちろう 札幌　市郎	受診者との続柄	父
	加入医療保険（被保険者証発行機関名）	・協会けんぽ（　全国健康保険協会　北海道支部　・　　支部） ・健保（　〇〇〇〇〇　健康保険組合） ・共済（　共済組合　） ・国保（　市・区・町・村） ・国保組合（　保険組合　） ・生保　・その他（		
	被保険者証の記号・番号	記号　〇〇〇　番号　〇〇〇〇		
	加入医療保険の被保険者が1月1日時点で札幌市外に居住していた場合、市町村を記入　※1～6月申請の場合は前年1月1日時			〇〇（市）区・町・村
保護者（18歳以上の受診者は記入不要）	ふりがな 氏名	さっぽろ　いちろう 札幌　市郎	受診者との続柄	父
	マイナンバー	××××××××××××	電話番号	（日中のご連絡先） 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
	住所（受診者と異なる場合に記入）	〒		

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。

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。

市民税非課税世帯の場合、いずれか該当するものにチェックを付けてください。

市民税非課税世帯の場合（該当するものに☑）	保護者（複数いる場合、収入の高い方）、又は18歳以上の受診者の前年の収入（年金等※1を含む）　※1～6月申請の場合は前々年の収入	□	82万6千5百円を超える	☑ 82万6千5百円以下　※1添付する書類に〇
	※1…障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別障害給付金・障害補償給付・その他（　）　※児童手当・児童扶養手当は対象外			

自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	□	重症患者認定	重症患者認定基準を満たす場合
	□	高額かつ長期	医療費総額が5万円を超える月が申請月を含む過去１年間に６回以上ある場合
	□	人工呼吸器等装着	人工呼吸器（一日中施行・離脱見込なし・日常生活動作が著しく制限）等を使用
	□	世帯内按分	医療保険上の世帯内に、指定難病・小児慢性特定疾病等の受給者がいる場合

身体障害者手帳（該当するものに☑）	□ 無　☑ 有　□ 申請中	療育手帳（該当するものに☑）	☑ 無　□ 有　□ 申請中
医療的ケア（該当するものに☑）	□ 無　☑ 有　人工呼吸器・在宅酸素・気管切開・吸引・経管栄養・導尿・注射・（　）		

該当するものがある場合〇を付けてください。

受診指定医療機関（対象疾病のため主に利用する医療機関１か所）	医療機関名	所在地
	〇〇病院	札幌市中央区北〇条東〇丁目〇－〇

小児慢性特定疾病で受診する医療機関（主に受診する1か所）を記入します。

医療費助成の開始日は申請日ではなく診断日※2まで遡りが可能（遡り期間は原則申請日から1か月、やむを得ない理由があるときは最長3か月）。	遡りの期間が申請日から1か月を超えるやむを得ない理由がある場合☑	□ 医療意見書の受領に時間を要したため □ 症状が悪化し、申請書類の準備や提出に時間を要したため □ 大規模災害に被災し、申請書類の提出に時間を要したため □ その他（
	遡りを希望しない場合☑	□

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

あて先）　札幌市長

保健センター記入欄	階層区分　　K・1・2・3・4・5・6　重症・高長・人工・按分（　　円）

※2…指定医が当該小児慢性特定疾病と診断し、且つ、当該小児慢性特定疾病が原因で、疾病の状態の程度を満たすと総合的に判断した日

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