

| 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 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 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"/> | <input type="checkbox"/> | 申請中 | |
| | <input type="checkbox"/> | 療育手帳 (該当するものに☑) | | <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> | |
| | <input type="checkbox"/> | 有 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 医療的ケア (該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> | | | | |
| | <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 | | | | | | |
| 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 | さっぽろ ころ 札幌 心 | | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | 生年月日 | 〇〇 年 7 月 14 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 | さっぽろ 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 | さっぽろ 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 | | | | | |
| | 住所 (受診者と異なる場合に記入) | 〒 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 checked="" type="checkbox"/>) | <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 checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> | 療育手帳 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>) | | <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> | |
| 医療的ケア (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> (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東〇丁目〇—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 | | | | | | | |
| 〇〇年 4 月 3 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。