

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	年	月	日
	マイナンバー						受給者番号	(更新・変更の方)			
	住所	〒					疾病名				
	加入医療保険	ふりがな被保険者氏名					受診者との続柄				
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)				
	加入医療保険	被保険者証の記号・番号	記号				番号				
加入医療保険	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					
加入医療保険	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	ふりがな氏名						受診者との続柄				
(18歳以上の受診者は記入不要)	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					<input type="checkbox"/>	80万円を超える	<input type="checkbox"/>	80万円以下 ※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☑)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定		重症患者認定基準を満たす場合								
	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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☑)	<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・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 ☑		<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状が悪化し、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、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他()								
	遡りを希望しない場合☑		<input type="checkbox"/>								
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。

記載例

※該当する項目に○を付けます。

新規・更新・変更

札幌市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

氏名	ふりがな	さっぼろ こころ		生年月日	平成	〇	年	〇	月	〇	日
	氏名	札幌 心		受給者番号	× × × × × × × ×						
マイナンバー	× × × × × × × ×		疾病名	フォンタン (Fontan) 術後症候群							
住所	〒060-8611		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。								
	札幌市中央区北〇条西〇丁目〇〇〇〇		(電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇)								
受診者	ふりがな	さっぼろ いちろう		受診者との続柄	父						
	被保険者氏名	札幌 市郎									
	加入医療保険	保険種別	・協会けんぽ (全国健康保険協会 北海道支部 支部)		健康保険組合						
	発行機関名	・共済 (共済組合)									
加入医療保険	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る場合、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	さっぼろ いちろう		受診者との続柄	父						
	氏名	札幌 市郎		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)	〒		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。								
	札幌市中央区北〇条東〇丁目〇-〇										
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)		<input type="checkbox"/>	80万円を超える	<input checked="" type="checkbox"/>	80万円以下 ※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・障害補償給付金・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☑)	<input type="checkbox"/> 重症患者認定		重症患者認定基準を満たす場合								
	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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☑)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中		療育手帳 (該当するものに☑)		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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		〇〇病院								
	所在地		札幌市中央区北〇条東〇丁目〇-〇								
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		<input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため								
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 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								
遡りを希望しない場合		<input checked="" type="checkbox"/>									
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。