

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	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)																
		(被保険者証発行機関名)	・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	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										☐	80万9千円を超える			☐	80万9千円以下※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。

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 令和	○年	○月	○日		
	札幌 心											受給者番号	(更新・変更の方)	×	×	×	×	×
マイナンバー	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
住所	〒060-8611	札幌市中央区北○条西○丁目○番○号(電話 ○○○-○○○-○○○○)										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。						
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	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 ○○○○										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。						
	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	○○市 区・町・村																
保護者	ふりがな	さっぼろ いちろう										受診者との続柄	父					
(18歳以上の受診者は記入不要)	マイナンバー	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	住所	〒										電話番号	(日中のご連絡先) ○○○-○○○-○○○○					
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										☐	80万9千円を超える	☒	80万9千円以下 ※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										所在地							
	○○病院										札幌市中央区北○条東○丁目○番○号							
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										☒							
	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。