

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)				
	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)																	
受診者	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) 健康保険組合)															
	加入医療保険 (被保険者証発行機関名)		・健保 (健康保険組合) 共済組合 (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	さっぽろ 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 ○○○○-○○○○)					
受診者	ふりがな	さっぽろ いちろう	受診者との続柄	父			
	保険種別	・協会けんぽ (全国健康保険協会 北海道支部 支部)					
	加入医療(被保険者証)	・健保 (○○○○○ 健康保険組合)					
	発行機関名)	・共済 (共済組合)					
	・国保 (市・区・町・村)						
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日時点 ○○市 区・町・村						
保護者	ふりがな	さっぽろ 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	〒	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○		
	※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 札幌市中央区北○条東○丁目○番○号					
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)。	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。						
	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。