

柏市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受付年月日

新規・更新・変更(変更事由:指定医療機関・自己負担上限月額・疾病名)

① 受診者	フリガナ					年齢	歳	男・女	H・R 年 月 日
	氏名								
	個人番号 (マイナンバー)					生年月日			
	住所	柏市				電話番号		(日中つながりやすい番号)	
	加入医療保険	保険の名称 (保険者名)				医療保険各法等 の記号・番号・枝番			
	疾病名					他疾病 (難病)の認定		無・有	
								有→難病の受給者番号: ※受給者証の写しを添付してください	
受給者番号 (新規の場合は不要)					有効期限 (新規の場合は不要)		R 年 月 日~ R 年 月 日		

② 申請者	受診者が国保・国保組合に加入	⇒	受診者と同一保険加入の保護者を申請者としてください。		
	受診者がその他(会社の健康保険等)に加入	⇒	受診者が加入する保険の被保険者を申請者としてください。 ※ただし、単身赴任等で被保険者が柏市外在住の場合は現在同居の保護者		
	受診者が18歳以上	⇒	受診者本人を申請者としてください。		
	当申請書記載のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)を申請します。なお、当事業の申請に必要な住民票記載事項、保険情報、支給認定基準世帯員の収入および市民税情報等を柏市が情報連携等を活用して確認することに同意します。※1 (③で申請に関連する世帯員への同意確認を行っています。)				
	柏市長あて 令和 年 月 日				
	フリガナ			受診者との関係	父・母 本人(18歳以上) 祖父母・その他
氏名	(自署ではない場合は押印が必要)				
住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ(同じ場合は記載不要)		電話番号		
個人番号			疾病認定 受診者と異なる保険に 加入している場合は記載不要	無・有 有→(難病・小慢)	
			生年月日	S・H 年 月 日	

③ 支給認定基準世帯員	受診者が国保・国保組合に加入	⇒	受診者と同一保険加入者全員分を記載してください。		
	受診者がその他(会社の健康保険等)に加入	⇒	受診者と同一保険加入者のうち、以下に該当する方の分のみ記載してください。 ①被保険者本人 ②同じ保険に加入している指定難病・小児慢性特定疾病の受給者		
	世帯員情報	■必ず以下に☑をしてください。 ※1に不同意の場合、右欄にも☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 受診者欄と同じ			<input type="checkbox"/> ※1に同意しない 同意しない方について 追加の書類提出を お願いする場合があります。
	世帯員情報	■申請者が受診者と同じ保険に加入している場合以下に☑をしてください。 ※1に不同意の場合、右欄にも☑をしてください。 ■申請者が18歳以上の受診者である場合や、受診者と同じ保険に加入していない場合は以下に☑はしないでください。 <input type="checkbox"/> 申請者欄と同じ			<input type="checkbox"/> ※1に同意しない
	世帯員氏名	疾病認定	無・有 有→(難病・小慢)	生年月日	S・H・R 年 月 日
	個人番号			続柄	<input type="checkbox"/> ※1に同意しない
	世帯員氏名	疾病認定	無・有 有→(難病・小慢)	生年月日	S・H・R 年 月 日
	個人番号			続柄	<input type="checkbox"/> ※1に同意しない
	世帯員氏名	疾病認定	無・有 有→(難病・小慢)	生年月日	S・H・R 年 月 日
	個人番号			続柄	<input type="checkbox"/> ※1に同意しない
● 疾病認定を有する方がいる場合は上記、疾病認定確認欄に記載の上、受給者証の写しを添付してください。 ● 続柄は受診者本人から見たものを記入してください。					

※裏面あり

職員記入欄	審査年月日	令和 年 月 日	開始年月日	令和 年 月 日	満了年月日	令和 年 月 日	実施 機関 番号 例外	該当	研究 同意 なし	該当	世帯内 受給者	該当	
	<input type="checkbox"/> 書類チェック済/重症等→	<input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 保険者への連絡票送付対応(低所得世帯のみ対応)									
	<input type="checkbox"/> 健康保険照会・印刷済			→ <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 低所得かつ国家/地方公務員共済組合等(要同意書)									
	<input type="checkbox"/> 課税状況確認済	市民税所得割:		→照会起案(/) 照会送付(/)→発行起案(/)or□区分変更無不要									
	▶該当する階層区分	【生保・低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上】		<input type="checkbox"/> 発行起案(/)		<input type="checkbox"/> 発送決裁完了(/)							
	▶【非】申請者の合計所得 (内:給与-10)+手当等	【手当有・無】/ 所得額:		<input type="checkbox"/> 発送前券面確認①		<input type="checkbox"/> 発送前券面確認②							
	<input type="checkbox"/> 健康かるて入力 <input type="checkbox"/> 健康かるてダブルチェック			<input type="checkbox"/> 送付 (/)		<input type="checkbox"/> 進捗管理台帳済							
	<input type="checkbox"/> 受付台帳入力	<input type="checkbox"/> 進捗管理台帳 / <input type="checkbox"/> 更新台帳 / <input type="checkbox"/> 審査会		<備考・電話対応記録等>									
	<input type="checkbox"/> 面談	【来・郵】 / 面談実施 月 日 【対・電】											
	<input type="checkbox"/> 医療機関問い合わせ	【有・無】 → <input type="checkbox"/> 問い合わせ済 <input type="checkbox"/> 回答済											
<input type="checkbox"/> 審査方法	【書面・審査会】(新規・)												
<input type="checkbox"/> 各種コピー等	<input type="checkbox"/> マーカー <input type="checkbox"/> 手引きコピー <input type="checkbox"/> 意見書コピー												

④	希望する支給開始日	以下1～3のいずれかに○をした上で希望日を記載		3 選択の理由 ※左欄にて3を選択した場合のみ、以下該当に☑			
		1. 申請日から適用 2. 申請日から1か月の遡りを限度に、診断日(※2)から適用 3. 右欄に記載のとおり、特別な事情があるため申請日から3か月の遡りを限度に、診断日(※2)から適用 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 医療費支給の開始希望日 令和 年 月 日 </div> (※2)…医療意見書内の「診断年月日」に記載された日付		<input type="checkbox"/> 症状の悪化等があり、申請書類の準備や提出に時間を要した <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により申請書類の提出に時間を要した <input type="checkbox"/> その他の理由による(以下に記載) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 10px;"></div>			
⑤	指定医療機関について	利用する予定の全ての指定医療機関(病院・薬局・訪問看護ステーション)を下表に記載してください。					
		更新申請または変更申請の方(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 現在登録の医療機関と同一で良い(下表の医療機関の記載不要) <input type="checkbox"/> 追加・削除したい医療機関がある(下表に追加・削除したい医療機関のみ記載)			
		医療機関名		変更の場合		所在地	
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
				追加・削除			
⑥	自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例		生活保護(受給者・境界層)該当者			
		該当するものに☑		<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 停止			
				<input type="checkbox"/> 階層区分の変更			
⑦	所得・保険情報に関すること	① 当年1月1日時点の被保険者の住所 ・1月～6月に新規・変更申請する方:前年の1月1日時点の住所 ・7月～12月に新規・変更申請する方:当年の1月1日時点の住所 ・更新申請する方:当年の1月1日時点の住所		<input type="checkbox"/> 柏市内 <input type="checkbox"/> 柏市外			
		→上記で「柏市外」と回答した方は当時の住所(都道府県・市区町村)をご記載または、該当するものに☑してください。(上記で「柏市内」と回答したかたは記載不要)					
		(都・道・府・県)		(市・区・町・村)		<input type="checkbox"/> 柏市に住民歴がない(単身赴任等) →担当課までお問い合わせください。 <input type="checkbox"/> 海外に居住していた →担当課までお問い合わせください。	
		② 世帯の市町村民税課税状況		<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯			
		→市町村民税が非課税世帯の方は下記③④についてご記載ください。					
		③ 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		→上記で「有」と回答した方は該当するものに☑をしてください。(上記で「無」と回答したかたは記載不要) (階層区分は申請者の合計所得額・公的年金等の収入・障害・遺族年金等の合計金額により決定します)					
		<input type="checkbox"/> A. 上記に掲げる手当等の収入について該当があるので金額を確認できる書類(支払通知書の写しなど)を添付します。 【合計金額により、低所得Ⅰ(上限月額1,250円)又は低所得Ⅱ(上限月額2,500円)に決定】					
		<input type="checkbox"/> B. 上記に掲げる手当等の収入について該当があるが、当該事項を証明する書類の添付を省略します。 【低所得Ⅱ(上限月額2,500円)に決定】					
		④ 申請月以前の1年間の入院状況(長期入院の申出)		<input type="checkbox"/> 通算91日以上入院 <input type="checkbox"/> 上記に該当しない			
※非課税世帯の方が、一定の条件(過去12か月以内に通算90日を超える入院等)を満たす場合、長期入院該当の申出ができます。 長期入院該当の適用により、入院時の食費の自己負担が減額されます。							
→上記で「通算91日以上入院」と回答する場合は該当するものに☑をしてください。(それ以外のかたは記載不要)							
<input type="checkbox"/> 長期入院の申出を行う (※長期入院該当の認定は各保険者が行うものであり、認定を確約するものではありません)							
<input type="checkbox"/> 長期入院の申出を行わない							
⑧	委任状	私は、下記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療申請に関する権限を委任します。					
		記載日	令和 年 月 日				
		代理人(来所者)	氏名	住所			
		委任者(申請者)	氏名	住所			