


| | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 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 | | | ☐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 | | |
| | | 更新申請の場合は④欄内は記載不要です | | | | | |
| | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | | ※2)…医療意見書内の「診断年月日」に記載された日付 | | | | | |
| 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 checked="" 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) | | | | |
| | | 追加・削除したい医療機関についてのみ、表内に記載してください。 ※都道府県等から指定を受けている医療機関等のみ選択ができます。 指定有無の確認については所管の自治体へお問い合わせいただくか、柏市へご相談ください。 右記二次元コードリンク先「小児慢性特定疾病情報センター」からもご確認いただけます。 | | | |  小児慢性特定疾病情報センター | |
| | | 該当するものがありましたら☑を入れてください。【注意：以下の場合は別の書類の添付が必要です】 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 → 人工呼吸器等装着者証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 重症患者認定 → ①柏市重症患者等認定申告書と②証明書類(障害者手帳、療育手帳等)の写し <input checked="" type="checkbox"/> 高額かつ長期 → ①柏市重症患者等認定申告書と②自己負担上限額管理ノート(申請月を含む直近12か月分)の写し ※医療費総額10割分の月総額が5万円を超える月が、申請月を含む直近12か月以内に6回以上ある場合 高額かつ長期の申請をしていただくことで、自己負担上限額が下がる場合があります。 | | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例 → 世帯員の所有する医療受給者証(難病または小児慢性特定疾病)の写し <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護該当者 → 生活保護受給証明書 | | | | | |
| ⑥ | 自己負担上限の特例 | <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 | 生活保護(受給者・境界層)該当者 | | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分特例 | <input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 停止 | 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 checked="" type="checkbox"/> 柏市内 <input type="checkbox"/> 柏市外 | ①は全員記入 ※令和8年1月1日時点の住所 | | |
| | | →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 checked="" type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | ②は全員記入 | | |
| | | →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【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】 | | | | ③④は非課税世帯のみ記入 |
| <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 | 表面「②申請者」の欄に記載のかたと、来所されるかたが異なる場合記載(郵送時不要) 例：父の社会保険に加入しているので②申請者には父の名前を記載するが、母が来所で申請する場合 | | | |
| | | 代理人(来所者) | 氏名 | | | | |
| 委任者(申請者) | 氏名 | | | | | | |