

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

受診者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											(満 歳)			
	住所	〒						電話番号	()			東京都板橋区 丁目 番 号			
保険	種類	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 日雇 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保													
	記号			番号				保険者番号							
疾病名															
自己負担限度額に関する特例 ※		該当する場合、当該項目に☑をつけてください		<input type="checkbox"/> 重症申請		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期		<input type="checkbox"/> 世帯按分					
今回申請する受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者		氏名				助成区分				受給者番号					
						難病／小慢									
						難病／小慢									
受診医療機関	名称						名称								
	所在地						所在地								
	名称						名称								
	所在地						所在地								
申請者	フリガナ											続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母		
	氏名												<input type="checkbox"/> その他		
	住所	☐住所・電話は受診者と同じ													
		〒						電話番号	()			都道 区 群 府県 市町村			

※ 重症申請…重症認定基準を満たしている 人工呼吸器装着…人工呼吸器等を装着している 高額かつ長期…医療費総額が5万円/月（医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月）を超える月が年間6回以上ある 世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

<p>上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む）を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>(宛先) 板橋区長</p>	<p>本申請の内容及び本申請書に添付した医療意見書が、小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>患者氏名 _____</p> <p>患者が未成年、成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下に署名してください。</p> <p>代理人氏名 _____</p>
--	---

身元確認	個人確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 住民票の写し
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

