

(表面)

※ 協・組・船・共・国(市町村)・国(それ以外)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・更新・変更)

受診者	フリガナ			受給者番号 (新規申請の場合は記入不要)							
	氏名										
	個人番号			生年月日	年	月	日	年齢	歳		
	住所	(〒)						電話番号			
	加入医療保険	被保険者氏名						受診者との続柄			
保険種別							医療保険各法等の記号・番号				
保険者名称											
所在地											
疾病名											
申請者	氏名			個人番号			受診者との関係(続柄)				
	住所						電話番号				
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得										
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	人工呼吸器等装着				☐	高額かつ長期				
	☐	世帯内按分特例				☐	重症患者認定				
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者)			有 ・ 無		「有」の場合該当者の氏名・受給者番号	氏名		受給者番号			
受診者が指定難病医療費助成対象の場合			有 ・ 無								
受診を希望する(指定)医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。)	医療機関名					所在地・電話番号					
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、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たこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他()							

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給及び小児慢性特定疾病にかかっている事実等の証明を申請します。

年 月 日

申請者氏名

鳥取県 総合事務所長 様

注1 ※欄は、記入しないでください。
2 (新規・更新・変更)の欄は、該当するものに○を付してください。
3 申請者は、受診者が未成年の場合は原則として受診者と同じ医療保険に加入している保護者とし、受診者が成年の場合は受診者本人としてください。
なお、申請者の住所及び電話番号の欄は受診者本人と異なる場合に記入してください。
4 該当する所得区分の欄については、裏面の表を参照してください。

(裏面)

支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

フリガナ 世帯員氏名	個人番号	受診者との続柄

注 意 事 項

1. 受給者証の有効期間の始期は、原則、申請書を住所地を管轄する総合事務所へ提出し、受理された日となります。
2. 更新申請を行う場合は、別途お知らせする期限までに提出してください。
3. 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項第1号に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関以外での診療は対象外となります。

○総合事務所の連絡先一覧

倉吉市、東伯郡にお住まいの方	中部総合事務所	住所・電話番号
米子市、境港市、西伯郡、日野郡にお住まいの方	西部総合事務所	住所・電話番号

【所得区分】

受診者の加入する医療保険が国民健康保険である場合は、当該国民健康保険に加入する世帯員全員の市町村民税(所得割)課税額の合計により、国民健康保険以外である場合は医療保険の被保険者(申請者又は受診者)の市町村民税(所得割)課税額により、それぞれ判断してください。

課税の区分	課税額		所得区分
市町村民税非該当	—		生活保護
市町村民税非課税	0円	年収額が809,000円以下	低所得Ⅰ
		年収額が809,001円以上	低所得Ⅱ
市町村民税課税	71,000円未満		一般所得Ⅰ
	71,000円～251,000円未満		一般所得Ⅱ
	251,000円以上		上位所得

※低所得Ⅰ及び低所得Ⅱの区分に係る年収額については、給与等の収入のほか、公的年金、障害年金、障害給付金、障害補償、特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当の合計額により判断すること。