

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受給者番号		※新規の場合、受給者番号の記入は不要					
申請区分	新規（初回・転入）	継続（更新・疾病追加・疾病変更）			変更（上限額・その他）	再申請	
疾患区分	1 悪性新生物	2 慢性腎疾患	3 慢性呼吸器疾患	4 慢性心疾患	5 内分泌疾患	6 膠原病	
	7 糖尿病	8 先天性代謝異常	9 血液疾患	10 免疫疾患	11 神経・筋疾患		
	12 慢性消化器疾患	13 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	14 皮膚疾患	15 骨系統疾患	16 脈管系疾患		
疾病名							
*該当するものに☑をつけてください。			<input type="checkbox"/> 重症患者認定		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期
受診者	ふりがな				生年月日	年	月 日生
	氏名				(満 歳)		
	住所	〒 - 区 仙台市 区			(電話番号 - -)		
申請者	ふりがな				受診者との関係	父 母 その他	
	氏名				()		
	住所 ※受診者本人と異なる場合に記入	〒 - 区 仙台市 区			(電話番号 - -)		
加入	保険種別	全国健康保険協会 健保組合 共済組合 船員保険 市町村国保 国保組合 生活保護					
	被保険者	申請者に同じ 本人 その他(氏名:)				受診者との続柄:)	
医療保険	保険者名称				記号・番号		
*今回申請する受診者と同じ保険に加入している方が、以下について受給している場合は○をつけてください。							
・小児慢性特定疾病医療費支給 [受給者氏名:]							
・特定医療費支給(指定難病) [受給者番号:]							
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 (医療意見書に記載されている診断年月日)	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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害の被災により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他〔]			
・該当項目に○を、その他の項目は記入願います。裏面に受診医療機関等について記入願います。							
・以下について、同意する場合は、☑をつけてください。同意されない場合は、書面での提出が必要です。							
<input type="checkbox"/>	私は申請にあたり、仙台市が私及び世帯員の市町村民税情報及び加入医療保険の資格情報、公的年金や特別児童扶養手当の受給状況、仙台市外にお住まいの申請者の住民基本台帳に関する情報について調査・閲覧することに同意します。						
・被保険者が社会保険加入かつ市町村民税非課税の場合、以下について同意する場合及び長期入院に該当する場合は☑をつけてください。							
<input type="checkbox"/>	私は申請にあたり、被保険者及び申請者の本年1月1日時点の住所及び被保険者が市町村民税非課税であることについて、仙台市が保険者へ情報提供することに同意します。						
<input type="checkbox"/>	受診者は、申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えています。						
・なお、被保険者が前年1月1日以降に他市町村から転入されている場合は、裏面もご記入ください。							
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。							
(あて先) 仙台市長							
						年	月 日
						申請者氏名	

*この欄は記入しないでください。	階層区分の算定額	円	区分	A・B1・B2・C1・C2・D
------------------	----------	---	----	-----------------

被保険者が前年1月1日以降に他市町村から転入されている場合は、ご記入ください。

被保険者氏名	
前年1月1日時点でお住まいの市町村	市 町 村
本年1月1日時点でお住まいの市町村	市 町 村

- * 受診医療機関について、こちらに記入願います。
- * 認定となった場合、各都道府県または政令指定都市で指定する小児慢性特定疾病指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護事業所）で受給者証が使用できます。ただし、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限ります。

受診医療機関	所在地名称		診療科	
			電話	— —
受診医療機関	所在地名称		診療科	
			電話	— —
受診医療機関	所在地名称		診療科	
			電話	— —

薬局	所在地名称		電話	— —
薬局	所在地名称		電話	— —
薬局	所在地名称		電話	— —
薬局	所在地名称		電話	— —

訪問看護	所在地名称		電話	— —
訪問看護	所在地名称		電話	— —