

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受診者	フリガナ				年 齢	生年月日	
	氏 名				歳	年 月 日	
	個人番号						
	住 所	〒			電話 番号		
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名				受診者との関係	
保険種別					記号・番号		
被保険者証 発行機関名							
所在地							
申請者 (※1)	フリガナ				受診者との 関係		
	氏 名						
	個人番号						
	住 所	〒			電話番号		
疾 病 名							
自己負担上限額 の特例（該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	
	<input type="checkbox"/>	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を受けている者又は申請中の者（受診者本人を含む） ※対象者がいる場合は右に記載（受給者証の写しを添付）					氏名		
受診を希望する（指定） 医療機関（調剤薬局、訪問看護事業者等を含む） ※書ききれない場合は裏面にも記載欄あり	医療機関・調剤薬局・訪問看護事業者名			所在地			
受給者番号（※2）				登録者証申請（※3）	申請する ・ 申請しない		
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（※4・5）	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"/> 症状の悪化等により、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 <input type="checkbox"/> その他 { }				
私は、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。					受付印		
申請者氏名							
年 月 日 高知県知事 様							

