

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請区分	1. 新規	2. 更新	3. 再申請
------	-------	-------	--------

※ 該当する項目(新規、更新、再申請)のいずれかに○をする。

※受給者証には、医療意見書の「細分類病名」が記載されますので、「細分類病名」欄は、医療意見書から転記してください。
 ※複数疾病での認定を希望する場合は、各疾病の医療意見書が別個に必要です。

受給者番号 <small>(すでに番号のある方のみ記入)</small>									
-----------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者	フリガナ											生年月日	年	月	日		
	氏名																
	マイナンバー 個人番号											性別	男	女	年齢	歳	
	郵便番号							日中連絡のつく電話番号									
	フリガナ																
	住所																
	マンション・ アパート名																
	細分類病名																
	加入保険	保険種別										受診者との関係		本人・父・母			
		協会けんぽ	組合	共済	国保	国保組合	生保					その他 ()					
保険者番号											保険者名						
被保険者名																	
記号						番号											
受診を希望する 指定医療機関 (薬局・訪問看護 事業者を含む)	医療機関等名					所在地											
申請者 (保護者)	フリガナ											身元 確認	番号 確認	生年月日	年	月	日
	氏名																
	マイナンバー 個人番号											性別	男	女	年齢	歳	
	受診者 との関係	父・母・祖父・祖母・その他 ()										電話番号					
	フリガナ																
住所 (受診者と同じ 場合は省略可)	〒																
マンション・ アパート名																	
<p>*以下について、同意する場合は、<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。同意されない場合は、所得・課税証明書の提出が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 私は申請にあたり、福島市が私及び世帯員の福島市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。</p> <p>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。</p> <p>福島市長 様</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (自署)</p>																	

こども家庭課 記入欄	該当する階層区分	生保・低Ⅰ・低Ⅱ・般・般Ⅱ・上位・血										(こども家庭課受理印)			
	認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで													
	自己負担限度額	円					加入医療保険区分								
	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	市町村民税非課税該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
	重症認定	<input type="checkbox"/> 重症(基準①) <input type="checkbox"/> 重症(基準②) <input type="checkbox"/> 高額													
	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					成長ホルモン治療					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	世帯内受給者状況(按分)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (→有の場合 <input type="checkbox"/> 小慢 <input type="checkbox"/> 難病)										(世帯内受給者の番号)		(自己負担限度額)	
本人確認手段 (該当に○)	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・その他 ()														