

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書							
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更（ <input type="checkbox"/> 指定医療機関、 <input type="checkbox"/> 疾病名、 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額） （該当するものに☑）							
受診者	ふりがな			歳	◇生年月日		
	◇氏名				年 月 日		
	◇住所	〒960-福島市		受診者との続柄	本人 父 母 他（ ）	日中連絡のつく電話番号	
	◇加入医療保険	被保険者氏名					
	1月1日の住所						
	保険種別	協会けんぽ 組合 共済 国保 国保組合 生保		記号	番号		
	保険者名			保険者番号			
申請者	ふりがな			受診者との関係	本人 父 母 他（ ）		
	◇氏名						
	◇住所	受診者本人と異なる場合		電話番号	受診者本人と異なる場合		
◇自己負担上限月額の特例 (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"/> 世帯内按分特例		<input type="checkbox"/> 重症患者認定				
◇疾病名 医療意見書の 細分類病名	更新で変更なければ記載不要						
◇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				
	更新で変更なければ名称のみ、住所不要						
◇受給者番号	更新または変更のみ記入		◇小児慢性特定疾病登録者証申請		「申請する」を選択した場合、市区町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。		
			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(※1)	更新の場合は、原則記入不要		【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				
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。 また、この申請に必要な場合は、福島市において医療機関に直接医療意見書に関する医療情報を確認することに同意します。 年 月 日 福島市長 申請者氏名							

※1 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載。