

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。

※1 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。
※2 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から1か月前(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、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。更新の場合は原則記入不要。

受給者番号 (すでに番号のある方のみ記入)

受診者 フリガナ 氏名 生 年 月 日 年 月 日 平成・令和
マイナンバー 個人番号 年齢 歳
郵便番号 日中連絡のつく電話番号
フリガナ 住所
細分類病名
加入保険 保険種別 協会けんぽ 組合 共済 国保 国保組合 生保 受診者との関係 本人・父・母 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

申請者(受診者と異なる場合に記入) フリガナ 氏名 住基確認 番号確認 生年月日 年 月 日 昭和・平成
マイナンバー 個人番号 年齢 歳
受診者との関係 父・母・本人・その他() 電話番号
フリガナ 住所 (現住所については受診者と同じ場合、省略可) 現住所 〒 - 今年1月1日の住所(6~12月申請の場合) 〒 - 昨年1月1日の住所(1月~5月申請の場合) ※現住所と異なる場合は記入してください
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(※2) 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により、申請書類の提出に時間を要したため
□その他()
登録者証申請 申請する ・ 申請しない 「申請する」を選択した場合、市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る。

*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、所得・課税証明書の提出が必要です。

□ 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。

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。

福島市長 様

令和 年 月 日 申請者氏名(自署)

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 □無 □有
市町村民税非課税該当の有無 □無 □有
重症認定 □無 □重症(基準①) □重症(基準②) □高額
人工呼吸器等装着 □無 □有
世帯内受給者状況(按分) □無 □有(→有の場合 □小慢 □難病) (世帯内受給者の番号) (自己負担限度額)
来所者確認手段(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()