

新規・更新・変更・その他()

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

受給者番号

| | | | | | | | |
|---|------|--|-----|------------|----------------------|----------------------|-------|
| 対象児童 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | | 年 月 日生(歳) | | | |
| 児童 | 住所 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | 電話番号 | - - | | |
| | | | | | | | |
| 保険 | 種類 | 協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (退職被保険者・後期高齢者) | | | | | 本人・家族 |
| | 記号番号 | | | 保険番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 疾病名 | | | | | | | |
| 該当階層区分 | | 生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得 | | | | | |
| 申請者 | フリガナ | | | | | 対象児童との続柄 | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 1 対象児童の住所電話番号と同じ場合には左の番号に○をつけ、異なる場合は下の欄に記入して下さい。 | | | | | |
| 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> | | 電話番号 | - - | | | | |

○自己負担額に関する特例 ※下記に該当する場合、チェックボックスに○をつけてください。

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 高額治療継続者 | <input type="checkbox"/> | 重症患者 | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器等装着者 | <input type="checkbox"/> | 世帯内按分 |
|--------------------------|---------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------|

○高額治療継続者・・・月の医療費の総額が5万円(医療保険が2割負担の場合、月の自己負担額が1万円。)を超える月が年間6回以上ある。 ○重症患者・・・重症患者認定基準を満たしている。 ○人工呼吸器等装着者・・・人工呼吸器もしくは人工心肺を常時装着している。 ○世帯内按分・・・医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病、又は難病の認定受給者がいる。

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書のデータが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることについて同意します。

※同意されない場合には、「同意します」の部分に2重線で修正し、「同意しません」としてください。

上記疾病の医療費支給を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。
また、支給認定に必要な事項を関係医療機関に照会することについて同意します。

年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名

| | |
|------|--|
| 収受印欄 | |
|------|--|