

様式第5号の2の3（第6条の2の2関係）

（表面）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請の種別（いずれかに○）		新規 ・ 更新		
受 診 者	ふりがな	生年月日		
	氏 名	年 月 日		
	個人番号			
	居住地	〒		
	加入医療 保険	被保険者氏名		
		被保険者証の記号・番号		
		保険者名称		
保 護 者	ふりがな	受診者との続柄		
	氏 名			
	個人番号			
	居住地	〒	電話番号	
自己負担上限額の特例（該当するものに○） 人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 世帯内按分特例 ・ 重症患者認定				
疾 病 名				
受 給 者 番 号				
特定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		【左記の欄が申請日から1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。 ☐ 症状の悪化等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等により申請書類の提出に時間を要したため。 ☐ その他		
年 月 日		[]		
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。なお、この申請に関して必要な税情報や手当の受給等について市が調査し、及び確認することに同意します。				
申請者氏名 (宛先) 静岡市長 年 月 日				

(注)

- 1 受給者番号欄は、申請の種別が更新の場合に記入してください。
- 2 特定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欄は、医療意見書に記載された診断年月日又は申請日から1月前（やむを得ない理由により申請を行うことができなかった場合は3月前）の日のいずれか遅い日を記入してください。なお、申請の種別が更新の場合は、記入は不要です

(裏面)

医療費支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	個人番号	受給資格の有無	
		指定難病	小児慢性特定疾病

(注) 受診者欄に記入した者と同一世帯に、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当該医療費助成を申請している者がいる場合は、受給資格の有無欄に○印を付してください。

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。）

医療機関の名称	所在地

1. 番号確認	受診者		保護者		被保険者	
2. 身元確認	申請者		申請者以外		委任状	