

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

受診者 (対象児)	受給者番号								いずれかに → ○をつけてください	新規・転入・更新・変更
	フリガナ								生年月日	平成 年 月 日 令和 (満 才)
	氏名								〒	区
	住所	岡山市 区								
	電話番号①	-			-			電話番号②	- -	
	疾病名	<input type="checkbox"/> 医療意見書に同じ								
	加入 医療保険	<input type="checkbox"/> コピーのとおり <input type="checkbox"/> マイナ健康保険証のみ <input type="checkbox"/> 生活保護								
保険者名称						記号 番号・枝番				
被保険者氏名										
申請者 (保護者)	フリガナ								受診者との続柄	父・母 その他( )
	氏名									
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ(✓を付けた場合、記入不要) 岡山市 区								
自己負担 上限額の特例	<input type="checkbox"/> ①人工呼吸器等装着		別途、人工呼吸器等装着者証明書提出が必要							
	<input type="checkbox"/> ②重症患者認定		別途、重症患者認定申告書の提出が必要							
	<input type="checkbox"/> ③高額かつ長期		新規申請者は非該当。別途、医療費を証明する書類の提出が必要							
	<input type="checkbox"/> ④世帯内按分特例		按分対象者の受給者証のコピーの提出が必要							
			按分対象者氏名			受給区分		受給者番号		
					指定難病 小児慢性					
					指定難病 小児慢性					
<p>上記疾病について、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。</p> <p>申請後、岡山市が、私及び世帯員の個人市民税課税状況、医療保険加入状況、特別児童手当等について閲覧、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。また、個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参が無かった場合等は、住民基本台帳に基づき、岡山市にて照会することに同意します。なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。</p> <p>自己負担上限月額額の階層区分の決定にあたり、市町村民税に係る申告をしていない場合(未申告)・市町村民税に関する書類を提出できない場合(海外赴任等)で、市町村民税の課税額の確認ができない場合は、自己負担上限月額額の階層区分が「上位所得」となることに同意します。また、支給認定基準世帯が非課税であることの確認はできるが、本人の年収状況が確認できない場合は、自己負担上限月額額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることに同意します。</p>										
<p>岡 山 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>【受給者証送付先】 <input type="checkbox"/> 申請者住所    <input type="checkbox"/> 受診者住所</p> <p><input type="checkbox"/> その他(〒 - )</p>										

保健所記入欄	階層区分	生保 低Ⅰ 低Ⅱ 一般Ⅰ 一般Ⅱ 上位	自己負担上限月額 円	多群 重症 人工呼吸器 血友 高額長期 按分(難病 小慢)	適用区分	保健所受理日
	診断年月日	年 月 日	開始日	年 月 日	申立書	
	備考					

