

【表】

《岡山市様式》

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

（対象児） 受診者	受給者番号 (新規・転入は記入不要)	[新規・転入・更新・変更] いずれかに○をつけてください。					
	フリガナ					生年月日	平成 年 月 日 (満 才)
	氏名						
	住所	〒 - [電話番号 () -] 岡山市 区					
	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"/> 生活保護				
	被保険者 氏名	【受診者との続柄】 父・母・受診者本人・その他()					
（保護者） 申請者	フリガナ					受診者との続柄	父・母・その他()
	氏名						
	住所	〒 - 岡山市 区 ※受診者と同様の場合は 記入不要					
	電話番号	() - ※受診者と同様の場合は 記入不要					
自己負担上限 月額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	別途、人工呼吸器等装着者証明書の提出が必要					
	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 世帯内按分特例	医療保険上の世帯内に「小児慢性特定疾病又は特定医療費(指定難病)の認定患者(申請中の方を含む)」がいる場合					
		按分 対象者	氏名	区分	<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号
氏名			区分	<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号	
氏名	区分		<input type="checkbox"/> 小慢	<input type="checkbox"/> 難病	受給者番号		
受診を希望する (指定)医療機関 [薬局、訪問看護事 業所を含む]	医療機関名			所在地			
	※小児慢性の指定医療機関であれば、記載された医療機関以外でも受給者証の使用が可能です。						
<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。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。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>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>また、別紙「医療意見書の研究利用に関するご説明」のとおり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">受診者(対象児)氏名 _____</p> <p>※受診者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。</p> <p style="text-align: center;">代理人(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 <input type="checkbox"/> その他(〒 -)</p>							

保健所記入欄	特記事項	特記なし	多群	重症	人工呼吸	高額・長期	生保	血友	受付印
		按分(小慢)		按分(難病)		更新同時		別送	
	階層区分等	階層区分	自己負担上限月額			適用区分			
備考	円								<input type="checkbox"/> 郵送

■世帯調書①《受診者と同じ医療保険に加入している方全員の情報を入力》

	氏名・生年月日	受診者との続柄	個人番号(マイナンバー)	1月1日(1~6月は前年の1月1日)時点の住所
1	年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
2	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
3	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
4	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
5	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
6	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()

■世帯調書②《申請者が受診者とは別の医療保険に加入している場合に、申請者の情報を入力》

	氏名・生年月日	受診者との続柄	個人番号(マイナンバー)	1月1日(1~6月は前年の1月1日)時点の住所
1	年 月 日生		<input type="checkbox"/> 前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()

■収入申告

世帯の市町村民税(所得割・均等割)が「**非課税**」の場合のみ、下記の設問に☑を入れて回答してください。

- (1)申請者(保護者)の方は、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の非課税の収入がありますか。
非課税の収入はない。→設問(2)以降は回答不要です。
非課税の収入がある。→設問(2)に進んでください。

- (2)申請者が受け取っている非課税の収入のうち、該当するものに☑を入れてください。

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 寡婦年金 | <input type="checkbox"/> 障害手当金 |
| <input type="checkbox"/> 障害(補償)給付 | <input type="checkbox"/> 障害(補償)一時金 | <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 | <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 | |
| <input type="checkbox"/> 上記の中に該当する収入はない。→設問(3)以降は回答不要です。 | | | |

- (3)(2)でお尋ねした非課税の収入を含めて、申請者の年間収入額は80万円を超えていますか。

- 申請者の年間収入額は80万円を超えている。→設問(4)は回答不要です。
申請者の年間収入額は80万円以下である。→設問(4)に進んでください。

- (4)申請者の年間収入額を下の枠内に記入してください。また、(2)でお尋ねした非課税の収入について、給付の年額が確認できる書類(証書、振込通知書等)のコピーを提出してください。

申請者(保護者)の年間収入額	円
----------------	---

■課税状況が確認できない場合の同意について

以下の理由により、課税状況が確認できない場合は、自己負担上限額が「上位所得」(受診者本人が被保険者かつ非課税世帯の場合は、「低所得Ⅱ」)となることに同意します。

【理由】 該当する理由に☑を入れてください。

- 市町村民税に係る申告をしていないため(未申告)
 市町村民税に関する書類が提出できないため(海外赴任等)

年 月 日

申請者氏名 _____