

水戸市記入欄	更新期限	人工呼吸器	重症	長期	按分	適用区分	審査月	
	月切			記入しない		照会未・適	月	

別紙様式第1号（第5条第1項関係）

いずれかに○

記入例

水戸市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）									
受診者（患者）	疾病名	骨髄異形成症候群							
	受給者番号 （新規申請の場合は不要）	更新時のみ「受給者証」の番号記入							
	フリガナ	ミト ハナコ				年齢	生 年 月 日		
	受診者氏名	水戸 花子				14	H 21年 10月 11日		
申請者	住所				電話番号				
	水戸市〇〇町〇〇-〇				連絡のつく電話番号を記入してください（本人以外可）				
加入医療保険について	被保険者氏名	水戸 一郎				受診者（患者）との続柄	父		
	保険種別	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 その他（ ）				記号・番号	記号 □□□□ 番号 ××××		
	保険者名	申請者は、受診者（患者）と同じ医療保険に加入している被保険者の方になります。（18歳以上の場合、受診者本人です。）				水戸市国民健康保険	公的医療保険の加入状況の分かる書類をみて記入してください		
	フリガナ					受診者（患者）との続柄	父		
申請者	氏名	水戸 一郎							
	住所（受診者と同上の場合は記載不要です。）				電話番号				
★要件・必要書類等は裏面の注意事項参照		□ 人工呼吸器等障害者 □ 重症患者等		□ 高額かつ長期 □ 寡婦（夫）控除		同一世帯内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方がいる場合は名前をご記入ください。			
今回申請する受診者と同じ世帯内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（申請中を含む）方がいますか。		☒ いる（氏名 水戸 次郎） ・ ☐ いない							
今回申請する受診者は指定難病医療費助成対象者（申請中を含む）ですか。		☒ はい ・ ☐ いいえ							
指定難病受給者番号		☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒							
【同一世帯全員の市町村民税が非課税の方のみ記入】※2		① 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給の有無 有 ☒ 無 ☐ ② ①で「有」に○をつけた方へ A・Bのいずれかに○をつけてください。 A 金額の確認できる書類（源泉徴収票、支払通知書の写しなど）を添付した場合、 B 金額の確認できる書類を添付しないため、低所得Ⅱの区分となる。							
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（※3）（更新の場合は、原則記入不要）		【左の欄が申請日から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							
私は、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。（※下記の事項に同意いただける方は、□に✓を記入してください。）									
☐ 支給認定上必要があると認められる場合は、住民記録情報・市税情報及び加入医療保険情報を閲覧・利用されること並びに受診医療機関又は指定医に認定に必要な情報を照会・取得されることに同意します。 ☐ 世帯の課税状況が確認できない場合は、所得区分を申請します。 ☐ 受診者が中学生以上の場合で、国の認定基準が適用される場合は、国の認定基準が適用されることを申請します。									
令和 年 月 日 申請者氏名： 水戸 一郎 水戸市長 様									

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をつけてください。変更申請は次の①～③に該当する場合に行うものとします。
 ① 自己負担上限月額の変更（階層区分の変更並びに重症患者等認定区分・世帯内按分特例の適用によるもの。）
 ② 指定医療機関の変更・追加 ③ 支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更・追加
- ※2 受診者又は申請者の市町村民税非課税証明書に記載されている所得以外に障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の所得がある場合には「有」に○をつけてください。また、その金額を証明するもの（年金証書のコピー、支払通知書の写しなど）を添付してください。
- ※3 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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（ただし遡り期間は原則申請日から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）の同じ日まで遡って申請することが可能です。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、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を記載してください。
- ※4 茨城県では、国制度の対象疾患のうち、5疾患群（慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、膠原病、神経・筋疾患）のうち一部の疾病について症状や治療方法が国の認定基準に満たない方についても、年齢要件・所得要件を満たせば独自に助成対象としています。

（※裏面にも記載があります。）

指定医療機関（受診を希望する指定医療機関をすべて記載してください。他の都道府県の指定医療機関にかかる場合も記載が必要です。）

	医療機関・薬局・訪問看護事業所名	所在地
受診を希望する指定医療機関 ※薬局・訪問看護事業所を含みます。	〇〇病院	〇〇市〇〇-〇〇
	〇〇クリニック	〇〇市××-×
	〇〇薬局	〇〇市□□-〇〇
	〇〇訪問看護ステーション	〇〇市△△-〇〇
	現在、小児慢性特定疾病の治療で受診している指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）の名称と所在地を記入してください。医療機関名は省略せず、正確に記入してください。 ※他自治体の指定医療機関も受診している場合はご記入ください。 また、今後受診を希望する指定医療機関がありましたら、併せて記入してください。	

＜自己負担上限額の特例についての注意事項＞

- （１）人工呼吸器等装着者（人工呼吸器または体外式補助心臓）
長期にわたり継続して常時（※）生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活の動作が著しく制限されている方。
（※）「長期にわたり継続して常時」とは、生命維持管理装置を一日中装着し、今後１年間にわたって離脱の見込みがないことを指します。
- （必要書類）
- 医師が作成した人工呼吸器等装着者証明書（別紙様式第３号）
- （２）高額かつ長期
小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けた日以降に、当該支給認定を行う日が属する月以前の１２月以内に、当該支給認定に係る小児慢性特定疾病医療費支援につき医療費の総額（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法により算定した額）が５万円を超えた月が６回以上あった（※）方。
- （必要書類）
- 重症患者認定申告書（別紙様式第２号）
 - （※）について証明できる書類（例：該当月数部分の「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理手帳」のコピー）
- （３）重症患者認定基準該当
審査で基準に該当していると判断された場合、重症患者認定がされます。
- （必要書類）
- 重症患者認定申告書（別紙様式第２号）
 - 重症患者認定申告書（別紙様式第２号）基準①に該当する場合は障害者手帳の写しなど
- （４）世帯内按分特例
今回申請する受給者と同一世帯かつ同一医療保険に加入している方で、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方がいる場合、もしくは、今回申請する受給者が指定難病の医療費助成を受けている（小児慢性特定疾病と同一疾病は除く）場合、自己負担上限額を按分できる場合があります。
- （必要書類）
- 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者証