

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）※1

受診者（患者）	疾病名						(水戸市記入欄) 疾患群番号	
	受給者番号 (新規申請の場合は不要)							
	フリガナ						年齢	生年月日
	受診者氏名						H	年 月 日
	個人番号（マイナンバー） 新規申請時及び変更がある場合記入						R	年 月 日
住所						電話番号		
〒						(固定)		
						(携帯)		
加入医療 て保険に ついて	被保険者 氏名					受診者（患者）との 続柄		
	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	フリガナ						受診者（患者）との 続柄	
	氏名							
	個人番号（マイナンバー） 新規申請時及び変更がある場合記入							
	住所（受診者と同一の場合は「同上」の場合は記載不要です。）						電話番号	
	〒						(固定)	
						(携帯)		
本年1月1日時点の住民票市区町村（同上の場合は記載不要です。） (ただし、1月～6月までに申請をする場合には昨年1月1日の住民票市区町村)						都 道 府 県	市 区 町 村	
自己負担上限額の特別 ★要件・必要書類等は 裏面の注意事項参照	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期					
	<input type="checkbox"/> 重症患者認定基準該当		<input type="checkbox"/> 世帯内按分特別					
受診者と同じ医療保険に加入している世帯員に変更がありますか。						ある（氏名） ・ ない		
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） ・ 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> 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）を添付します。 B 金額の確認できる書類を添付しないため、低所得Ⅱの区分となることに同意します。							
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)	年	月	日	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)								
<input type="checkbox"/> 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開覧・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。								
<input type="checkbox"/> 世帯の課税状況が確認できない場合は、所得区分について上位所得とすることに同意します。								
<input type="checkbox"/> 受診者が中学生以上の場合で、国の認定基準が不承認となった場合には、茨城県独自事業小児慢性特定疾病医療費※4の支給を申請します。								
令和 年 月 日						申請者氏名： _____		
						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・世帯内按分特別の適用によるもの。）
 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。		

<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