

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	ふりがな				歳	生 年 月 日				
	氏 名					平成 年 月 日 令和				
	ふりがな				電 話					
	住 所	〒								
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名				受診者との続柄				
		保 険 種 別				被保険者証の 記 号・番 号				
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名								
		所 在 地								
申請者(※2)	ふりがな				受診者との 関 係					
	氏 名									
	ふりがな				電話番号					
	住 所	〒								
該当する階層区分		生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								
自己負担上限月額の特例 (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				
今回申請する受診者と同じ世帯(※3)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者)					有 (氏名 (受給者番号					無
疾病名										
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 名				所 在 地					
受給者番号 (※4)					今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合 (申請中含む)			有 ・ 無		
				指定難病の受給者番号						
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。										
令和 年 月 日										
申請者氏名										
(宛先) 秋田県知事										

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
※3 受診者と生計を一にする者とする。
※4 更新または変更の方のみ記入。

(記入例)

様式第1号

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	ふりがな	あきた じろう			〇〇 歳	生 年 月 日				
	氏 名	秋田 次郎				平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 令和				
	ふりがな				電 話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 秋田県秋田市山王四丁目1-1								
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名	秋田 太郎			受診者との続柄		父		
		保 険 種 別	健康保険協会、健康保険組合、国民健康保険 等			被保険者証の記号・番号		〇〇〇〇 〇〇〇		
		被 保 険 者 証 名 発 行 機 関 名	全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市 等							
所 在 地										
申請者(※2)	ふりがな	あきた たろう			受診者との関係	父				
	氏 名	秋田 太郎								
	ふりがな				電話番号	(受給者本人と異なる場合に記入) 又は、日中に連絡のつく電話番号を記入				
	住 所	(受給者本人と異なる場合に記入)								
該当する階層区分		生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得								
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				
今回申請する受診者と同じ世帯(※3)内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者(申請者)					有 (氏名(受給者番号)) ・ 無					
疾病名	〇〇〇〇〇〇〇									
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 名				所 在 地					
	〇〇〇病院 〇〇〇薬局				〇〇〇市 〇〇〇市					
受給者番号 (※4)	〇〇〇〇〇〇〇			今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合(申請中含む)			有 ・ 無			
				指定難病の受給者番号						
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。										
令和 年 月 日 申請者氏名 (宛先) 秋田県知事										

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。
※3 受診者と生計を一にする者とする。
※4 更新または変更の方のみ記入。