

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書兼変更申請書

年 月 日

届出者・申請者 居住地
氏 名

神奈川県 保健福祉事務所長殿

| | | | | | | | |
|-------|-----|---|--|--|---------|-----|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 受診者 | 氏名 | | | | 生年月日 | 年月日 | |
| | 居住地 | 〒 | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | | | | 受診者との続柄 | | |
| | 居住地 | 〒 | | | 電話番号 | | |

児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、次のとおり届け出ます。また、医療費支給の認定に必要なときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、神奈川県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

| | | | | | | | | | |
|--|--------------|------|--|------|----------------------|------|--|--|--|
| 変更事項（変更があった事項のみ記入してください。変更日は変更の事実が発生した日となります。） | | | | | | | | | |
| 受診者に関する事項 | (フリガナ)氏名 | | | | | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | 電話番号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| | 加入医療保険 | 保険種別 | <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保・国保組合 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | 受診者との続柄 | | | | |
| 被保険者証等の発行機関名 | | | | | | | | | |
| 保護者に関する事項 | (フリガナ)氏名 | | | | 受診者との続柄 | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | 電話番号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| 医療費算定対象世帯員に関する事項 | 医療費支給認定基準世帯員 | 氏名 | 受診者との続柄 | 生年月日 | 加入医療保険 保険種別 本人・家族 | 個人番号 | | | |
| | | | | 年月日 | | | | | |
| | | | | 年月日 | | | | | |
| | | | | 年月日 | | | | | |
| | 上記以外 | | | 年月日 | | | | | |

- 備考 1 個人番号は保護者の変更や医療費支給認定基準世帯員の追加の場合のみ記載してください。
 2 「医療費算定対象世帯員に関する事項」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。

児童福祉法第19条の5第1項の規定により、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|--------|-----------------|--------|--|--|--|
| 変更事項（変更があった事項のみ記入してください。変更日は本様式の提出日となります。） | | | | | | | | | |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関に関する事項 | 追加を希望する医療機関 | | | | 抹消を希望する医療機関 | | | | |
| | 名称 | | | | 名称 | | | | |
| | 所在地 | | | | 所在地 | | | | |
| 小児慢性特定疾病の名称 | | | | | 該当する階層区分 | | | | |
| 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(備考3) | | 左記の年月日が申請日から1か月以上前になっている理由 <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（ ） | | | | | | | |
| 自己負担上限月額特別に関する事項 | 高額治療継続 | 該当・非該当 | 重症患者認定 | 該当・非該当 | 人工呼吸器等装着 | 該当・非該当 | | | |
| | 支給認定を受けた指定難病の患者 | | | | 該当・非該当(受給者番号:) | | | | |
| | 医療費算定対象世帯員のうち指定難病又は小児慢性特定疾病医療費助成の受給者 | | 該当・非該当 氏名: 小児慢性・指定難病(受給者番号:) 氏名: 小児慢性・指定難病(受給者番号:) | | | | | | |

備考 3 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ヶ月前(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、医療意見書の診断日等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。