

申請種類	新規		受給者番号 (新規は記入不要)									
受診者	フリガナ			性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日					
	氏名						令和 年 月 日					
	個人番号 (マイナンバー)			病名								
	住民票上の住所	(〒 - )		電話番号 ( ) -		電話番号 (携帯) ( ) -						
	※上記と異なる送付先を希望の場合	〒 -		7月~12月の申請は申請年、それ以外は前年の1月1日現在の市町村(現住所と異なる場合)[ ]								
保護者	フリガナ			続柄	・父 ・母 ・その他 ( )	保護者連絡先 (受診者と異なる場合)						
	氏名											
	個人番号 (マイナンバー)			保護者住所 (受診者と異なる場合)		(〒 - )						
支給認定基準世帯員	家族内で保護者と同一医療保険の世帯員を「カタカナ」で記入してください。 ①被用者保険の場合：被保険者のみ記入。受診者または保護者が被保険者の場合は記入不要。 ②国民健康保険、国民健康保険組合、後期高齢の場合：受診者と保護者を除く同一医療保険の世帯員を記載。											
	氏名(カタカナで記載)	個人番号(マイナンバー)		指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成の受給がある場合				1月1日現在の市町村 (受診者の現住所と異なる場合のみ記入)				
	①					<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性						
	②					<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性						
	③					<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性						
主に治療を受ける医療機関	名称				所在地							
					郡 町		市 区					
<input type="checkbox"/> 診断書を作成した医療機関と同じ(こちらにチェックを入れた方は上枠記入不要)												
その他の申請情報	受診者・保護者の非課税収入の有無	受診者又は保護者が下記の非課税収入を得ている 【障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・障害手当・福祉手当・障害補償(労災)・恩給】 ※該当の場合、支給決定通知書等の確認書類を別途ご提出ください。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	医療保険が被用者保険で市町村民税非課税の方	受診者の加入医療保険が被用者保険(協会けんぽ、組合健保、共済)であり、被保険者の市町村民税が非課税(前年の収入が少ない場合、非課税となっている可能性があります) ※該当の場合、被保険者の所得課税証明書を別途ご提出ください。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
医療意見書に記載された診断年月日	年	月	日	【左記の欄が申請日から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 〔 〕								
事務局記載欄(遡り日)	年	月	日	申請日の1(3)か月前または、診断年月日のいずれか遅い日を記載。 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判断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月間(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。								
<p>私は、上記のとおり、<input type="checkbox"/>小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。  <input type="checkbox"/>登録者証を申請します。  ※登録者証は医療費助成の対象となった場合に交付されます。「受給者証兼登録者証」として発行されます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>徳島県知事 殿 申請者(保護者)氏名 印</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合は押印不要 ※18歳未満の場合 保護者が申請してください</p>												

厚生労働大臣 殿

小児慢性特定疾病の研究を推進するため、提出した医療意見書を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意します。

令和 年 月 日

申請者（保護者）氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合は押印不要  
※18歳未満の場合保護者が  
申請してください

詳細については別紙〈医療意見書の研究利用に関するご説明〉をお読みください

【療養状況等に関する調査】 現在の状況として、該当する項目に○をつけてください。

療養の状況	1 在宅	2 一時的な入院	3 長期入院	4 施設入所
通院状況	1 通院 2 往診 (概ね____ヶ月に____回、通院にかかる介助の必要 あり なし )			
生活の状況	1 就労・就学 2 家事や家の仕事をしている 3 療養している (病気のため就労・家事などが困難である)			
身体状況	1 病気はあるが自立しており、普通に生活している 2 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 3 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 4 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 5 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を必要とする			
介護状況	1 必要あり 2 必要なし			
サービス利用状況	1 障害福祉 (区分1・2・3・4・5・6) 2 身障手帳 (____種____級) 3 療育手帳 (____種____級) 担当ケアマネージャー _____ 事業所名 ( ) 氏名 ( )			
医療処置	1 なし 2 あり【 ①人工呼吸器(終日・夜間のみ・日中のみ) ②体外式補助人工心臓(パ-スメ-カとは異なります) ③経管栄養 ④胃ろう ⑤気管切開 ⑥人工透析 ⑦酸素療法 ⑧インスリン 】 ※人工呼吸器(終日)、体外式補助人工心臓の場合は自己負担上限額の特例があります。 窓口にお申し出ください。			
患者支援に関する案内の送付等の希望	1 あり 2 なし			

【支給認定基準世帯員（表面の枠で不足する場合に記入）】

氏名(カタカナ記載)	個人番号(マイナンバー)	指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成の受給がある場合	1月1日現在の市町村
④		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	
⑤		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	
⑥		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	
⑦		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	

【加入医療保険】

保険種別 (○でかこむ)	協会けんぽ・国保・国保組合・共済・組合健保・船員保険
被保険者 氏名	
保険証発行機関名	

※保健所記入欄 以下の項目は、保健所において記入しますので、申請者は記入しないでください。

市町村民税額	円	階	層	区	分	生保・低I・低II・一般I・一般II・上位
番号確認・本人確認		確認者	受付	個人番号入力	情報照会	特記事項
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 住民票(個人番号記載)	<input type="checkbox"/> 通知カード +身分証明				