

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(□新規 □更新 □疾患変更・追加 □転入)												
千葉県知事 様					年 月 日		疾病コード (保健所記入欄)					
私は、下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。												
受給者番号 (既に番号のある方のみ)												
受診者	フリガナ 氏名				年齢 歳	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/>	
	現住所	郵便番号										<input type="checkbox"/>
	旧住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入					<input type="checkbox"/>	
申請者 <small>(受診者本人と異なる場合に記入)</small>	フリガナ 氏名				続柄		日中連絡の取れる電話番号					<input type="checkbox"/>
	現住所	郵便番号			<input type="checkbox"/> 本人(成年) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					<input type="checkbox"/>
	旧住所	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		※申請年の1月1日時点の住所地在 現住所と異なる場合のみ記入					<input type="checkbox"/>	
郵送先	※認定の結果等については、原則として申請者の住所に郵送いたします。別に指定する場合は、下記に記入してください。											
	住所	郵便番号								氏名		電話番号
加入保険	受診者の加入する医療保険	被保険者名				保険者名(加入先)						<input type="checkbox"/>
		記号				番号						<input type="checkbox"/>
重症申請	<input type="checkbox"/> 重症患者認定申請書別紙のとおり、重症患者の認定を申請します。(□重症基準①・② □高額重症 □人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 重症患者認定は申請しません。											
受診を希望する 指定医療機関 <small>(薬局・訪問看護事業者を含む) ※右欄に書ききれない場合、空白部分又は別紙(自由様式)に必要事項を記入してください。</small>	医療機関名		所在地		医療機関名		所在地					<input type="checkbox"/>
												<input type="checkbox"/>
												<input type="checkbox"/>
												<input type="checkbox"/>
市町村民税が非課税の世帯(※)の方のみ、下記を記入(該当するものに☑)してください。 (階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。)												
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。		<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したもののほかに、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(基準額1,250円)又は低所得Ⅱ(基準額2,500円)に決定】 <input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ(基準額2,500円)に決定】										

※ 受診者の加入する保険が国保・国保組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなります。

●申請者全員が該当します (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。)	当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者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。
---	--

保健所記入欄	審査会年月	年 月	世帯内按分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保健所受理印
	認定期間	年 月 日から 年 月 日	人工呼吸器等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	重症認定	<input type="checkbox"/> 重症(1・2) <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 無	成長ホルモン治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	階層区分	<input type="checkbox"/> 生活等 <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位 <small>※生活等は被保護者、血友病、中国残留邦人等を指し、要保護者は低Ⅰとする</small>			

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

○国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記入してください
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（該当者がいる場合のみ）
 を記載してください。なお、受診者については記入不要です。

カナ 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記入)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所が 現住所と異なる場合に記入)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢 にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号

注1 「続柄」は受診者から見たものを記入してください。
 注2 「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
 注3 「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。

医療意見書の研究等への利用についての同意をされる方は別添の研究利用に関する説明をご確認いただき、記名をお願いいたします。	厚生労働大臣 殿 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。 年 月 日 患者氏名 ※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。 代理人氏名
---	---

○千葉県小児慢性特定疾病児童自立支援事業等の一環として受診者の療養状況把握のため、下記のアンケートにもご協力ください。（アンケートの回答の有無は申請の認定に影響しません。）

①療養の状況	<input type="checkbox"/> 在宅（通院） <input type="checkbox"/> 在宅（訪問診療） <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
②医療機器等の使用状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器※ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③身体等の状況	身体障害者手帳（ <input type="checkbox"/> 有 [級] <input type="checkbox"/> 無） 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Aの1 <input type="checkbox"/> Aの2 <input type="checkbox"/> Bの1 <input type="checkbox"/> Bの2 <input type="checkbox"/> 無）
④サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤療養上の悩み等	日ごろ困っていることなど相談したいことがありましたらご記入ください。

※人工呼吸器は、常時着用だけでなく、断続的に使用する場合も含まれます。

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 疾患変更・追加 <input type="checkbox"/> 転入)														
千葉県知事 様				年 月 日		疾病コード (保健所記入欄)								
私は、下記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。														
受給者番号 (既に番号のある方のみ)														
受診者	フリガナ	チバ		ハナコ		年齢	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	2	年	3	月	4	日
	氏名	千葉		花子		2歳		<input checked="" type="checkbox"/> 令和						
	現住所	郵便番号		マルマルシティバチョウ										
		〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇市市場町1-1-11										
旧住所		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		※申請年の1月1日時点の住所が 現住所と異なる場合のみ記入								
申請者 <small>(受診者本人と異なる場合に記入)</small>	フリガナ	チバ		タロウ		続柄		日中連絡の取れる電話番号						
	氏名	千葉		太郎		<input type="checkbox"/> 本人(成年) <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他		090-1234-5678						
	現住所	郵便番号		-		<input checked="" type="checkbox"/> 同上		<input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						
		〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇				※申請年の1月1日時点の住所が 現住所と異なる場合のみ記入						
旧住所		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村										
郵送先	※認定の結果等については、原則として申請者の住所に郵送いたします。別に指定する場合は、下記に記入してください。													
	住所	郵便番号		-		氏名		電話番号						
		〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇		疾病対策会社健康保険組合								
加入保険	受診者の加入する医療保険	被保険者名	〇〇〇		〇〇〇	保険者名(加入先)	疾病対策会社健康保険組合							
		記号	〇〇〇		〇〇〇	番号	123456789							
重症申請	<input checked="" type="checkbox"/> 重症患者認定申請書別紙のとおり、重症患者の認定を申請します。(<input type="checkbox"/> 重症基準①・② <input type="checkbox"/> 高額重症 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 重症患者認定は申請しません。													
受診を希望する 指定医療機関 <small>(薬局・訪問看護事業者を含む)</small> ※右欄に書ききれない場合、空白部分又は別紙(自由様式)に必要事項を記入してください	医療機関名	〇〇薬局		〇〇市〇〇町1-1		医療機関名								
		△△病院		△市△△南2-2										
市町村が非課税の世帯(※)の方のみ、下記を記入(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>)してください。 (階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。)														
右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したもののほかに、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ(基準額1,250円)又は低所得Ⅱ(基準額2,500円)に決定】												
	<input type="checkbox"/>	今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ(基準額2,500円)に決定】												
加入保険が国民健康保険・国民健康保険組合の方が千葉県小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。	国民健康保険・国民健康保険組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の民税が0円の場合に非課税扱いとなります。													
●申請者全員が該当します (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。)	当該支給にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者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。													
保健所記入欄	審査会年月	年 月		世帯内按分	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保健所受理印								
	認定期間	年 月 日から	年 9月 30日	人工呼吸器等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	重症認定	<input type="checkbox"/> 重症(1・2) <input type="checkbox"/> 高額 <input type="checkbox"/> 無		成長ホルモン治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
	階層区分	<input type="checkbox"/> 生活等 <input type="checkbox"/> 低Ⅰ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位 ※生活等は被保護者、血友病、中国残留邦人等を指し、要保護者は低Ⅰとする												

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

○国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記載してください
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（該当者がいる場合のみ）
 を記載してください。なお、受診者については記載不要です。

カナ 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記載)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限月額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所が 現住所と異なる場合に記載)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢 にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
カナ 氏名 千葉 太郎	父	年号 昭和 55年 5月 5日	住所	旧住所 千葉	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
			<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			
カナ 氏名 千葉 次郎	兄	年号 平成 30年 2月 2日	住所	旧住所 千葉	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input checked="" type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 10,000 受給者番号 1111111
			<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
			<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村			

注1 「続柄」は受診者本人から見たものを記入してください。
 注2 「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
 注3 「自己負担限度額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。

医療意見書の研究等への利用についての同意をされる方は別添の研究利用に関する説明をご確認いただき、記名をお願いいたします。	厚生労働大臣 殿 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。 令和4年 4月 2日 患者氏名 千葉 花子 <small>※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。</small> 代理人氏名 千葉 太郎
--	--

○千葉県小児慢性特定疾病児童自立支援事業等の一環として受診者（児童等）の療養状況把握のため、下記のアンケートにもご協力ください。（アンケートの回答の有無は申請の認定に影響しません。）

①療養の状況	<input type="checkbox"/> 在宅（通院） <input checked="" type="checkbox"/> 在宅（訪問診療） <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
②医療機器等の使用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器※ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③身体等の状況	身体障害者手帳（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 [1 級] <input type="checkbox"/> 無） 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Aの1 <input type="checkbox"/> Aの2 <input type="checkbox"/> Bの1 <input type="checkbox"/> Bの2 <input type="checkbox"/> 無）
④サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑤療養上の悩み等	日ごろ困っていることなど相談したいことがありましたらご記入ください。

※人工呼吸器は、常時着用だけでなく、断続的に使用する場合も含まれます。