

(表)

注 記入に当たっては、裏面の注意事項を参照してください。

(裏)

○注意事項

1	病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記入してください。
2	変更事項欄の該当するものの□にレ印を記入してください。
3	自己負担上限額の特例欄の記入は、下記を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。 (1) 人工呼吸器等装着 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、日常生活動作が著しく制限されている者であること。生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に1日中施行することが必要であつて離脱の可能性がないことをいう。 (2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額かつ長期」） 高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。 (3) 重症患者認定 平成26年厚生労働省告示第462号に定める小児慢性特定疾病による身体状況または当該小児慢性特定疾病に係る治療の内容に該当する者であること。 上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。
4	小児慢性特定疾病医療費は、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の分から支給することができます。ただし、同日が申請日から1か月以上前である場合にあっては、申請日の1か月前の日（やむを得ない理由により当該診断した日から1か月以内に申請することができなかった場合にあっては、申請日の最長3か月前の日）の分から支給することとします。については、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欄には、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、該当する年月日を記入してください。更新の場合は、原則として記入不要です。
5	保健所記入欄には、記入しないでください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	

○支給認定基準に関する事項

※ 該当する場合のみ、こちらへ記入をお願いします。

市町村民税非課税世帯で年収80万9千円以下の場合	（提出書類以外に）児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付の支給は受けていません。 氏名
所得を確認する書類を提出しない場合	小児慢性特定疾病医療支援負担上限額は、児童福祉法施行令第22条第1項第1号（児童福祉法施行令の一部を改正する政令（平成26年政令第357号）附則第3条の規定により読み替えて適用する場合を含む。）の規定による額になることを了承し、所得を確認する書類は提出しません。 氏名

注 不要の文字は、抹消してください。

【申請者（保護者）の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏 名	本人との関係（ ） 電話（ ）