

記入例(新規申請用)

別記様式第1号

1 「新規」に○をする。

2 記入不要

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

申請区分 (変更事由) *該当するものに○を付ける。	新規 ○ 転入・更新・疾病(変更・追加) 人工呼吸器・重症・高額・世帯按分・保険変更 再交付(毀損・紛失)・その他()	受給者番号	*新規・転入の場合は記入不要	
受診者	フリガナ キョウト ●●●	生年月日	年齢	
	氏名 京都 ●●	2017年 6月 ▲▲日	▲歳	
	住所 〒▲▲▲-▲▲▲▲ ◆◆市◆◆町▲▲番地の▲	日中に連絡が取れる電話番号 (077▲)▲▲-▲▲▲▲		
加入する医療保険等 *該当する番号に○を付ける。	① 被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合等) 2 市町村国民健康保険(市町村国保) 3 国民健康保険組合(業種別国保組合) 4 生活保護 5 その他()	フリガナ キョウト ■■■■	被保険者の氏名 京都 ■■ ※1	受診者との続柄 父
	医療保険の内容	記号 ▲▲▲	番号 ▲▲▲▲▲▲▲▲	
		保険者の名称	全国健康保険協会 ◆◆支部	
申請者	*受診者本人と異なる場合に記載。なお、受診者本人の場合は「氏名」欄に本人と記載する。(裏面「世帯調書」も同じ。)			
フリガナ	キョウト ■■■■	受診者との続柄	父	
氏名	京都 ■■		日中に連絡が取れる電話番号 (077▲)▲▲-▲▲▲▲	
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ住所 *☑を付けた場合、住所は記載不要			
疾病名	① ◆◆◆◆症	② ◆◆◆◆症候群		
自己負担上限額の特例	*右のうち該当するものすべてに☑を付ける。 <input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者の基準に該当 <input type="checkbox"/> 重症患者認定基準に該当 <input type="checkbox"/> 高額な医療費が継続している場合	受診者と生計同一の世帯において指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受給(申請)している者の有無 *「有」に○を付けた場合は、下欄に受給(申請)者を記載する。(申請中の場合は受給者番号の記載不要)		
		種類	氏名	受給者番号
		難病・小慢	京都 ▼▼	▲▲▲▲▲
転入状況	年月日転入	転入前の住所	都道府県	市区町村
上記及び裏面に記載のとおり小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。				
2023年 10月 ▲▲日				
京都府知事 様 (申請者氏名) 京都 ■■				

3 患者の方の氏名、住所等を記入

患者の方が加入する医療保険の健康保険証を確認し記入(「被保険者の氏名」欄は下記※1参照)

4 保護者の氏名、住所等を記入

5 主な疾病名を左欄の①に、付随する疾病名を②に記入

6 申請手続の案内をご覧いただき、自己負担上限額の特例に該当する場合は、必要事項を記入

該当がない場合は、必ず「無」に○を付ける。

7 上記④の申請者の氏名を記入

窓口へ提出(郵送)する日を記入

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 (※1, 2)	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"/> 大規模災害で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
--	-------	--

8 医療意見書の医師署名欄に記載された「診断年月日」を記入

9 ⑧の診断日から1か月以内に申請できなかった場合は、該当する理由に☑を付けてください。

※1 原則として医療費助成を受けることができません。ただし、申請日から遡る期間が申請日から1か月前(3か月前)の同じ日が医療費助成の開始日となります。
※2 更新申請の場合は、原則として

◆裏面も必ず記載してください。

※1 「被保険者の氏名」欄は、健康保険証に記載された次の方を記入してください。
被用者保険加入の場合 被保険者、共済組合の組合員、共済制度の加入者等
国民健康保険加入の場合 市町村国保の世帯主、業種別国保組合の組合員
(注)生活保護を受給し、医療保険に加入する場合も記入してください。

(注) 原則として診断日から医療費助成の対象となりますが、申請日から遡る期間は、1か月(⑨のやむを得ない理由がある場合は最長3か月)です。

【裏面へ続く】

新規申請用

世帯調書

10

患者の方と同じ医療保険の加入者を健康保険証で確認し、下記に従い、世帯調書に記入してください。

Form for household survey with sections for '受診者と同じ医療保険に加入する者(世帯員)' and '個人番号'. Includes fields for name, address, and birth date.

表面の③受診者、④申請者の氏名、生年月日等を記入

(注) マイナンバーを記入しない場合は、市町村民税(非)課税証明書を提出してください。(無申告の場合は必ず申告した上で提出)

(注) 1月1日(1~6月に申請する場合は前年の1月1日)現在の住所が現住所と異なる方は、その都道府県名等を記入

「その他の世帯員」欄には、次の方の氏名(フリガナ)、受診者との続柄、生年月日、マイナンバー等を記入してください。

- ・被用者保険加入の場合
被保険者(共済組合の組合員、共済制度の加入者等を含む。)が申請者でない場合は、被保険者のみを記入(被保険者=申請者の場合は記入不要)
・国民健康保険加入の場合
受診者、申請者以外の被保険者全員(患者と住民票同一世帯の方)を記入
(注)後期高齢者医療の被保険者である保護者を含む。

Table with 2 rows regarding tax status: '市町村民税非課税世帯で障害年金等を含む年収が80万円を超える場合' and '市町村民税の所得割額が251,000円以上である場合'.

11 左記のいずれかに該当し、証明書類を提出しない場合は、上記⑦の申請者の氏名を記入

(注)マイナンバーを記入する場合は、京都府が課税状況を確認しますので、市町村民税(非)課税証明書の提出を省略できます(無申告の場合を除く)。ただし、業種別国保組合に加入する場合は、必ず市町村民税(非)課税証明書の提出が必要です。

※2 「障害年金等を含む年収」とは、申請者(保護者)における次のア~ウの合計額をいいます。

- ア 市町村民税(非)課税証明書の合計所得金額
イ 公的年金等収入額(国民年金、厚生年金、公務員共済組合、私立学校教職員共済等に基づく公的年金)
ウ 特別児童扶養手当などの給付額(障害年金、遺族年金、障害手当金、特別障害給付金、障害補償、障害給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当 等)

受診する指定医療機関(病院・診療所)

Form for medical institution with columns for '名称' (Name) and '所在地' (Location). Example: '○○○○病院' and '▽▽市○○○町▲▲-▲'.

12 小児慢性特定疾病の治療等を受ける病院・診療所のうち、主なもの(1つ以上)の名称と所在地を正確に記入してください。

※ 受診する主な医療機関(1つ以上)の名称及び所在地を正確に記載してください。