

〒 _____ 様

変更事項がある場合、訂正事項を朱書き訂正のうえ左に☑

受診者	受給者番号											個人番号 (マイナンバー)														
	フリガナ											年齢	生年月日													
	氏名											歳														
	住所	〒 ()										電話番号 ()														
	疾病名																									
加入医療保険	被保険者氏名										受診者との続柄															
	被保険者証の記号・番号																									
	保険者名										保険者コード															
申請者	フリガナ											受診者との続柄														
	氏名											個人番号														
	住所	〒 ()										電話番号 ()														

自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	重症患者認定	人工呼吸器等装着	高額治療継続
--------------------------	--------	----------	--------

今回申請する受診者と同じ支給認定世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者

有 (氏名 _____) ・ 無 (有の場合は受給者証もしくは申請書の写しを添付)

申請者の障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の受給 (市町村民税非課税世帯の方のみ記入)

有 ・ 無 (有の場合は金額が確認できるものを添付)
※添付がない場合、正しく本人年収の確認ができないため、Ⅲ (低所得Ⅱ) の階層区分になります。

指定医療機関	受診を希望する医療機関名 (薬局、訪問看護事業所を含む)	所在地 ※新しく追加する場合のみ記入
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

※ 上に記入した以外の医療機関であっても、当該機関が児童福祉法に基づき指定された指定医療機関であれば、医療費助成を受けることができます。

登録者証申請 (※1) 申請する・申請しない・発行済 (発行自治体名: _____) ・備考 (_____)

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。

令和 6年 月 日

申請者氏名

石川県知事 殿

※1 「申請する」を選択した場合、市町がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。

世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）について

世帯の範囲の確認のために必要ですので、受診者と同じ医療保険に加入している方は、同居・別居を問わず全員記入して下さい。（※血友病等先天性血液凝固因子障害疾患の場合は記載不要）

	氏 名		受診者との続柄	【社会保険の方】 被保険者 被扶養者の別	指定難病又は小児慢性特定疾病の有無（※1）
受診者				<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者 ・被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 難病（受給者番号 ） ・無
1	(フリガナ) 氏 名			<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者 ・被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 1 難病（受給者番号 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住 所 （※3）				
2	(フリガナ) 氏 名			<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者 ・被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 1 難病（受給者番号 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住 所 （※3）				
3	(フリガナ) 氏 名			<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者 ・被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 1 難病（受給者番号 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住 所 （※3）				
4	(フリガナ) 氏 名			<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者 ・被扶養者 	<ul style="list-style-type: none"> ・有 1 難病（受給者番号 ） 2 小慢（受給者番号 ） ・無
	生年月日	年 月 日			
	個人番号 （※2）				
	住 所 （※3）				

※1 指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が有の者については、当該者の保険証の写しを添付すること。
 ※2 国民健康保険又は国民健康保険組合の場合は受診者と同じ記号・番号の医療保険に加入している者について個人番号を記入し、当該全員と受診者の保険証の写しを添付してください。社会保険の場合は被保険者についてのみ個人番号を記入し、被保険者と受診者の保険証の写しを添付してください。
 ※3 支給認定基準世帯員の住所については、表欄に記載した受診者又は申請者の住所と異なる場合のみ記入してください。

※センター押印欄

書類を提出する方が申請者と異なる場合	氏名 住所 TEL	受診者との関係
--------------------	-----------------	---------

受付者	身元確認	番号確認	代理権確認