

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書 転入 (から)

受診者	フリガナ					生年月日
	氏名					年 月 日
住所	〒	板橋区			申請日時点	歳
保険	保険者番号	保険者名称				
	記号	番号	枝番号	本人家族の別 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		
疾病名						
認定開始日	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		※記入が無い場合…申請日から開始します。 ※診断日欄に発症年月日等診断日ではないと思われる日付が記載されて いる場合…発行元に確認し、日付を修正します。			
	記入する日付は、添付の医療意見書作成時において、疾病の状態の程度を満たしていると診断した日まで遡ることが可能 です。ただし遡り期間は原則申請日から1か月前までです。やむを得ない理由により申請が行えなかったと認められた 場合は最長3か月前の同じ日までです。※いずれも診断日より前には遡れません					
	1か月以上遡る日付を記入した場合は、やむを得ない理由を以下に必ず記入してください。 <input type="checkbox"/> 意見書の申請から受領まで病院の都合により日数を要したため(病院への作成依頼日 月 日頃) <input type="checkbox"/> 申請者が傷病等(委任できる者がおらず、入院や外出ができない状況)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"/> その他 ()					
自己負担限度額に関する特例(申請する場合、当該項目に☑をつけてください)						
重症申請	<input type="checkbox"/> 重症認定基準を満たしている					
高額かつ長	<input type="checkbox"/> 医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある					
人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 要件に該当している					
世帯按分	<input type="checkbox"/> 負担上限額の按分を希望する					
受診医療機関等	名称			所在地		
登録者証	<input type="checkbox"/> 申請する	災害時の避難行動要支援者名簿等の作成に関する事務において、区市町村がマイナンバー連 携により登録者情報を確認できる制度です。※無印の場合は「申請しない」とみなします。				
	<input type="checkbox"/> 申請しない					
(宛先)板橋区長						
私は、児童福祉法第19条の3第1項の規定により、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添 えて申請します。また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報及び記載内容、受診者及び 受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護 受給情報、公的年金等の収入額(世帯員分を含む)を確認することに同意のうえ申請します。						
申請者	住所	〒			申請日	年 月 日
	フリガナ				申請者連絡先(受診者との続柄)	()
	氏名				日中連絡先(受診者との続柄)	()
	同意欄 下記の事項につき、同意いただける場合は右の同意する欄に☑をつけてください。					同意する
研究	小児慢性特定疾病の医療費助成の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省 のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関 する創薬の研究開発等に利用されること に同意します。					<input type="checkbox"/>
転入	(転入前の自治体で認定された受給者証を引き継ぐ場合)本申請にあたり、板橋区が転出元の自治体から必要 な情報提供を受け、支給認定することについて同意します。					<input type="checkbox"/>

身元確認 個人番号カード 運転免許証 旅券 在留カード その他 _____
 個人番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票の写し その他 _____

