

小児慢性特定疾病医療費の支給認定(支給認定の変更の認定)を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項(19条の5第1項)の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者氏名 _____

| | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------|---|---------|-------------|------|
| 受給者番号 | | (更新又は変更の場合のみ記入) | | | | |
| 小児慢性特定疾病児童等 | ふりがな | | | 年齢 | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 歳 | | |
| | 郵便番号 | 〒 | 電話番号 | | | |
| | 居住地(住所) | | | 個人番号 | | |
| | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | 児童等との続柄 | 児童等の |
| | | 保険者名称 | | | 被保険者証の記号・番号 | |
| 申請者 | ふりがな | | | 児童等との続柄 | 児童等の | |
| | 氏名 | | | | | |
| | (郵便番号、電話番号及び住所は、児童等と異なる場合のみ記入) | | | | | |
| | 郵便番号 | 〒 | 電話番号 | | | |
| | 居住地(住所) | | | 個人番号 | | |
| 小児慢性特定疾病の名称 | | | | | | |
| 受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。) | 名称 | | | 所在地 | 医療機関コード | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 医療意見書に記載された診断年月日 | | | 年 | 月 | 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 ^{備考3} (更新の場合は原則記入不要) | | | 年 | 月 | 日 | |
| 上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"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕 | | | |
| 今回申請する児童等と同じ医療保険上の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(該当者がある場合のみ記入) | 氏名 | | | 制度の別 | 受給者番号 | |
| | | | | | 難病・小慢 | |
| | | | | | 難病・小慢 | |
| 自己負担上限月額の特例(該当する場合のみ□に「レ」を記入) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 | | <input type="checkbox"/> 世帯内 ^{あんぶん} 按分特例 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 高額治療継続 | | <input type="checkbox"/> 療養負担過重(重症患者) | | | |

裏面も記入してください。

| | | | |
|----------|-------|--------|----------|
| ※ 保健所使用欄 | | 保健所受理印 | 保健医療課受理印 |
| 保健所名 | | | |
| 受理日 | 年 月 日 | | |
| 階層区分 | | | |

- 備考
- 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 - 2 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 - 3 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、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又は申請日から1か月前の日（やむを得ない理由により申請が行えなかつた場合は、最長3か月前の日）のいずれか遅い日まで遡ることとします。そのため、申請日にかかわらず、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を記載してください。

○受給者証の疾病名表示の同意について

受給者証に疾病名が表示されることについて同意します。

※同意されない場合は疾病番号のみ表示されます。

はい ・ いいえ

代理人（成年患者で本人以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

| 委任状 | |
|---|---------------------------------|
| 岐阜県知事 様 | 年 月 日 |
| 委任者 (患者) | 住所 氏名 |
| 私は下記の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に関する権限を委任します。 | |
| 代理人 | 住所 〒 - TEL - - |
| | 氏名 [委任者との関係] |

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。

※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。