

申請区分	新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入 (転入元: _____ 転入日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日)
変更の場合、変更あったものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 疾病の追加 / <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額 / <input type="checkbox"/> 受診医療機関の追加
受診者	氏名: たかつき いちろう 高槻 一郎 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 満 (0) 歳
	住所: 〒569-0096 高槻市八丁畷町12番5号
	加入医療保険: 被保険者氏名 たかつき たろう 高槻 太郎 受診者との続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()
	記号 高国 番号 000-000-0 保険者番号 270082 保険者名 高槻市
疾病名	1) _____ 2) _____ 3) _____
自己負担上限月額に関する特例	重症患者認定基準
	高額かつ長期
	世帯内按分
小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について	私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成又は登録者証の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の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業の研究開発等に利用されることに <input checked="" type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません
小児慢性特定疾病児手帳	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない 生活保護の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
自己負担Ⅵ階層了承欄 (該当の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 所得証明書類を提出せず、Ⅵ (最高階層) となることを了承します。 申請者氏名 _____
登録者証申請 (※)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※登録者証については裏面をお読みください。
小児慢性特定疾病の治療等に利用する指定医療機関 (薬局・訪問看護ステーション・療育園) を全て記入。(風邪等の小児慢性特定疾病の治療とは関係のない受診は含みません。)	受診者の年齢により異なります。 【受診者が18歳未満の場合】 原則として、窓口に来所された方ではなく、 受診者の加入されている医療保険の被保険者の氏名 を記入。 単身赴任等の事情で被保険者とは別の住所に居住している場合は、 現に児童を監護している方の氏名 を記入。 【受診者が18歳以上の場合】 受診者本人の氏名 を記入。
私は次のことに同意し、上記のとおり小児慢性特定疾病医療費支給申請を行います。	
1 医療意見書等に不備があった場合は、高槻市から医療機関へ確認します。	
2 申請に必要な範囲で、担当課が交付要件及び課税状況を住民基本台帳から確認します。	
3 当該受診者と同一の世帯員で、指定難病を受給している場合は、世帯員ごとの自己負担額の算出のために、必要な範囲で当該受診者の自己負担額に関する情報を担当部局に提供します。	
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 申請者…18歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18歳以上の場合は受診者本人	
(宛先) 高槻市長	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ
申請者 氏名: たかつき たろう 高槻太郎	住所: <input type="checkbox"/> 受診者と異なる ()
受診者との続柄: (父)	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ
個人番号: 1111 1111 1111	電話: <input type="checkbox"/> 受診者と異なる - - ()
※上記の申請者以外の方が来所し、当該申請書を記入される場合は、この欄へ記入してください。	受付欄
(届出者) 氏名: 高槻 花子 受診者との続柄 (母)	

裏面にも記入箇所があります

表面「小児慢性特定疾病の治療等で受診を希望する指定医療機関」欄が足りない場合記入

	指定医療機関名 (薬局・訪問看護ステーションを含む)	所在地
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

【新規・疾病追加・疾病変更の場合に記入】

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(※)	年 月 日	<p>小児慢性特定疾病医療費の支給開始日を <u>1か月以上</u> 遡る必要のある方は、下記にチェックをしてください。</p> <p>左記の欄が申請日(この用紙の裏面下部)から1か月以上前の年月日となっている理由</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/> 大規模災害に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(具体的に理由を記入) <p>()</p>
	遡りが必要ない方はこちらにチェックをお願いします。	<input type="checkbox"/> 遡りはない

(※) 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(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3ヶ月前)の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当であると考えられる年月日を記載してください。(更新の場合は、原則記入不要です。)

【※登録者証申請について】

児童福祉法の改正により、小児慢性特定疾病児童等が地域における自立した日常生活のための施策を円滑に利用できるようにするため、申請に基づき「登録者証」を発行する事業が創設されました。発行を希望された場合、氏名、生年月日、有効期間を記載した登録者証を発行します。(有効期間は医療受給者証の有効期間に準じます。また、小児慢性特定疾病名は表記されません。)

登録者証の申請をされた場合、市区町村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ります。