

# 福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請区分	1. 新規    2. 更新    3. 再申請
------	--------------------------

※ 該当する項目(新規、更新、再申請)のいずれかに○をする。

※受給者証には、医療意見書の「細分類病名」が記載されますので、「細分類病名」欄は、医療意見書から転記してください。

※複数疾病での認定を希望する場合は、各疾病の医療意見書が別個に必要です。

受給者番号 <small>(すでに番号のある方のみ記入)</small>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診者	フリガナ											生年月日	年	月	日			
	氏名											平成・令和						
	マイナンバー 個人番号												年齢	歳				
	郵便番号											日中連絡のつく電話番号						
	フリガナ																	
住民票上の住所	フリガナ																	
	住所	福島県										マンション・アパート名						
細分類病名																		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険種別							受診者との関係(続柄)	本人・父・母								
		協会けんぽ	組合	共済	国保(一般)	国保(退職)	国保組合	生保		その他( )								
		保険者番号								保険者名								
		被保険者名																
		記号											番号					
受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医療機関等名								所在地									
申請者	私は、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 年 月 日																	
	福島県知事 様																	
	フリガナ											身元確認	番号確認	生年月日	年	月	日	
	氏名													昭和・平成				
マイナンバー 個人番号												年齢	歳					
受診者との関係	本人・父・母・祖父・祖母・その他( )										電話番号							
フリガナ																		
住民票上の住所 <small>(受診者と同じ場合は省略可)</small>	〒										福島県							
	マンション・アパート名																	

保健福祉事務所記入欄	該当する階層区分	生保・低Ⅰ・低Ⅱ・般Ⅰ・般Ⅱ・上位・血				(保健福祉事務所受理印)	
	自己負担上限額	円					
	限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証	□有 □無					
	市町村民税非課税該当の有無	□有 □無					
	重症認定	□重症(基準①) □重症(基準②) □高額					
	人工呼吸器等装着	□有 □無				ホルモン治療	
	世帯内受給者状況(按分)	□無 □有 (→有の場合 □小慢 □難病)				(世帯内受給者の番号)	
認定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						

福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

申請区分 1. 新規 2. 更新 3. 再申請

※ 該当する項目(新規、更新、再申請)のいずれかに○をする。

※受給者証には、医療意見書の「細分類病名」が記載されますので、「細分類病名」欄は、医療意見書から転記してください。
※複数疾病での認定を希望する場合は、各疾病の医療意見書が別個に必要です。

受給者番号 (すでに番号のある方のみ記入)

受診者情報: フリガナ 7クシマ ハナコ, 氏名 福島 花子, 生年月日 平成 24 09 01, 年齢 9 歳.
負担額情報: 受診者の被保険者証の記号及び番号, 保険種別 組合, 保険者番号 01234567, 被保険者名 福島 太郎, 記号 建, 番号 012345678999.
受診を希望する指定医療機関: 〇〇〇病院 (福島市〇〇町1-1), ×××薬局 (福島市××町2-1), △△△訪問看護ステーション (福島市△△町3-1).
申請者情報: フリガナ 7クシマ タロウ, 氏名 福島 太郎, 生年月日 昭和 52 01 01, 年齢 41 歳, 受診者との関係 本人・父・母・祖父・祖母・その他( ), 電話番号 024-521-8205.

認定期間: 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで.
自己負担上限額: 円.
重症認定: □ 重症(基準①) □ 重症(基準②) □ 高額.
人工呼吸器等装着: □ 有 □ 無.
ホルモン治療: □ 有 □ 無.
世帯内受給者状況(按分): □ 無 □ 有 (→有の場合 □ 小慢 □ 難病).
認定期間: 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで.