

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

受診者	ふりがな		性別	年齢	生年月日		
	氏名		男・女	歳	年 月 日		
	個人番号						
	居住地	〒		電話番号			
	疾病名						
保護者	ふりがな		受診者の続柄				
	氏名						
	個人番号						
負担額に関する事項	加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄		
		保険者の名称			受診者の被保険者証記号・番号		
	受診者と同一保険の加入者 ※（ ）内は、受診者から見た続柄を記載してください。		()	個人番号		個人番号	
			()	個人番号		個人番号	
			()	個人番号		個人番号	
			()	個人番号		個人番号	
	該当する所得区分	生保・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位所得					
自己負担上限月額の特例	<input type="checkbox"/> 高額治療継続 <input type="checkbox"/> 療養負担過重		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 世帯内按分				
受診者と同一世帯内の指定難病又は小児慢性特定疾病医療費受給者の有無	無・有 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性		[受給者氏名 受給者番号]				
受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む。） ※ 欄が不足する場合は、裏面に記載してください。	医療機関名		所在地・電話番号				
			電話番号				
			電話番号				
			電話番号				
受給者番号							
(宛先) 旭川市長 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 小児慢性特定疾病医療費の支給認定（更新・変更）を申請します。 申請者氏名							

(注) 受給者番号欄は、更新又は変更の場合に記載してください。

医療機関名	所在地・電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号
	電話番号

番号確認書類 番号通知カード / マイナンバーカード

身元確認書類 運転免許証 / その他 (,)

代理権確認書類 健康保険者証 / 委任状 / その他 ()