|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　齢 | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 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  との  続柄 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 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 | | □　高額治療継続  □　療養負担過重 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □　人工呼吸器等装着  □　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 | | | | | | □指定難病　　受給者氏名  □小児慢性　　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  　　　年　　　月　　　日  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

　（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　　□健康保険資格確認書等　/　委任状　/　その他（　　　　　）