

岐阜県知事 様

令和 8 年 3 月 1 日

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。また、申請書の情報が県のセミナーや患者会、小児慢性特定疾病自立支援事業の案内に使用されることに同意します。

受給者番号		(記入不要)		(受給者番号は更新又は変更の場合のみ記載してください)	
小児慢性特定疾病児童等	ふりがな	ぎふ みなも		年齢	生年月日
	氏名	岐阜 みなも		12 歳	平成25年11月1日
	郵便番号	〒500-8570			058-272-1111
	居住地(住所)	岐阜市藪田南2丁目1番1号			1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
加入医療保険	被保険者氏名	岐阜 太郎		旧音等との続柄	父
	保険者名称	地方職員共済組合		患者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。	
申請者	ふりがな	ぎふ た		旧音等との続柄	児童等の 父
	氏名	岐阜 太郎		児童等の続柄	児童等の 父
	郵便番号	〒		電話番号	
	居住地(住所)			個人番号	2 3 4 5 6 7
小児慢性特定疾病の名称	心室中隔欠損症		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関	名称		所在地		
医療意見書に記載された診断年月日	〇〇病院		小児慢性特定疾病の治療のために受診する医療機関(病院、薬局等)の名称を記載してください。医療機関名、所在地は診察券や領収書等を確認し、正確に記載してください。		
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)			令和 8 年 2 月 1 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要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化による再受診に時間要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災し提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他〔 〕		裏面「備考3」を確認のうえ記載してください。		
今回申請し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"/> 高額治療継続		<input type="checkbox"/> 世帯内 ^{あんぱん} 按分特例 <input type="checkbox"/> 療養負担過重(重症患者)		
特例の申請をする際は、該当欄にチェックを記入してください。				裏面も記入してください。	
※ 保健所使用欄		患者と同一の「医療保険上の世帯内(支給認定基準世帯員)」に特定医療費(指定難病)受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証を所持している方(申請中を含む)は、その方の氏名を記入してください。 ※受給者証の写しの添付が必要です。			
保健所名					
受理日					
階層区分					
マイナンバー連携					

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記入してください。
 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った場合は、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入してください。

支給認定基準世帯員（児童等と同じ医療保険に加入する方（住民票が別の方を含む。））						
「市町村名」欄には、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。ただし、更新申請の場合は、申請日にかかわらず、本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。						
※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。						
氏名	フリガナ	続柄	市町村名	氏名	フリガナ	市町村名
岐阜 みなも	ギフ ミナモ	本人	岐阜市			
岐阜 太郎	ギフ タロウ	父	岐阜市			
生年月日： 昭和55年 6月 7日						
個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3						
氏名	フリガナ			氏名	フリガナ	
生年月日： 年 月 日				生年月日		
個人番号				個人番号		
氏名	フリガナ			氏名	フリガナ	
生年月日： 年 月 日				生年月日		
個人番号				個人番号		
氏名	フリガナ			氏名	フリガナ	
生年月日： 年 月 日				生年月日		
個人番号				個人番号		
氏名	フリガナ			氏名	フリガナ	
生年月日： 年 月 日				生年月日		
個人番号				個人番号		

○支給認定基準世帯員について

- ・被用者保険
住民票が異なる場合も含めて、患者と被保険者（医療保険の加入者）を記入してください。
- ・その他、国民健康保険など
同一世帯で患者と同じ医療保険に加入している全員を記入してください。

①個人番号を利用して提出書類の省略を希望する場合は「氏名」「フリガナ」「生年月日」「個人番号」「続柄」「市町村名」を記入してください。

②提出書類の省略を希望しない場合は「氏名」「フリガナ」「続柄」のみ記入してください。

○登録者証申請	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">登録者証の発行を希望する場合は、「申請する」に○を記入してください。</div> → 申請する ・ 申請しない
----------------	---

※「申請する」を選択した場合、市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。
 ※原則として、マイナンバー情報連携を活用します。