

小児慢性特定疾病

【申請者の方へ】
 ・太線枠内について、記入・押印してください。
 ・申請者は、受給者証に記載された保護者としてください。

(宛先) 名古屋市長

申請者	フリガナ	ナゴヤ タロウ		受診者との続柄	父
	氏名	名古屋 太郎			
	フリガナ	ナゴヤシナカクサンノマル3-1-1			
	住所	〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号			
	電話番号	(052) 972 - 2629			
受給者証	受診者氏名	名古屋 一郎		受給者番号	1234567
	有効期間	令和3年4月1日から令和4年3月31日まで			

下記のとおり申請します。

申請額	円
-----	---

【医療機関等の方へ】
 ・二重線枠内について、受給者証に記載されている有効期間内における認定疾病に係る保険点数等を記載してください。

(医療機関・調剤薬局証明欄①)

診療年月	診療科名	区分	診療日数	診療(調剤)報酬明細書による点数	食事療養費標準負担額	自己負担割合	医療機関で本人から徴収した額	申請の理由 (いずれかに○)
								1 承認期間 2 徴収基準 3 複数の
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@ 円 × 食分)	2割 3割	円 (うち食事療養費 円)	
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@ 円 × 食分)	2割 3割	円 (うち食事療養費 円)	
年 月		入院 通院 調剤	日	月計 点	円 (@ 円 × 食分)	2割 3割	円 (うち食事療養費 円)	

(注) ・受給者証の有効期間内における小児慢性特定疾病に関する診療分について証明してください。
 ・複数の診療科で受診の場合、月単位で合算した点数を記入してください。
 ・食事療養費標準負担額は小児慢性特定疾病受給者証を提示した場合による標準負担額及び徴収額を記入してください。
 ・食事療養費標準負担額について、負担金額がない場合「0」と記入してください。
 ・訪問看護(医療保険)は第16号様式に証明してください。

上記のとおり証明します。 年 月 日 【証明担当】
 〒 所在地 所属部署名: _____
 名称 記入者名: _____
 電話番号: _____

- 注1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。
 2 二重線で囲った部分は、医療機関又は調剤薬局で証明を受けてください。(同一月に複数の医療機関で受診した場合は、医療機関・調剤薬局証明欄①以外の医療機関について裏面の証明欄にそれぞれ証明を受けてください。)
 3 この申請書は、直接、名古屋子ども青少年局子育て支援部子育て支援課母子保健係 (〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話 052-972-2629) へ提出してください。
 4 自己負担が高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については、保険者又は市町村に高額療養費の請求を行なってください。
 5 お振り込みには、申請書受付後1~2か月ほどかかります。
 6 医療機関・調剤薬局証明欄について、証明にあたり医療機関によっては、文書料が必要となる場合があります。

【高額療養費制度の自己負担限度額】適用区分により以下のとおり

- 適用区分がアの場合・・・252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%
- 適用区分がイの場合・・・167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%
- 適用区分がウの場合・・・80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%
- 適用区分がエの場合・・・57,600円
- 適用区分がオの場合・・・35,400円