第１号様式

名古屋市

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更[自己負担上限月額 ・ 指定医療機関 ・ 疾病名]）

（※1）

受診者	フリガナ			年齢	歳	生年月日
	氏名					年 月 日
	個人番号					
	フリガナ				電話番号	
	住所					
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄		
		被保険者証発行機関名		被保険者証の記号・番号		
		保険種別	１協会 ・ ２組合 ・ ３日雇 ・ ４共済 ・ ５国保 ・ ６生保 ・ ７その他（ ）			
申請者	フリガナ			受診者との関係		１．父 ２．母 ３．祖父 ４．祖母 ５．その他（ ）
	氏名					
	個人番号					
	フリガナ					
	住所（※2）			電話番号（※2）		

該当する所得区分	１生活保護 ・ ２低所得Ⅰ ・ ３低所得Ⅱ ・ ４一般所得Ⅰ ・ ５一般所得Ⅱ ・ ６上位所得				
自己負担上限額の特例	人工呼吸器等装着	１該当 ・ ２非該当	高額かつ長期	１該当 ・ ２非該当	
	寡婦（夫）控除みなし適用	１該当 ・ ２非該当	重症患者認定	１該当 ・ ２非該当	
	世帯内按分特例（今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者がいる場合）	１該当 ２非該当	指定難病	氏名 受給者番号	
			小児慢性特定疾病	氏名 受給者番号	
疾病名					
診療予定年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで				
身体障害者手帳等の有無	有（障害等級 級、手帳番号 ） ・ 無				

	医療機関（等）名	所在地・電話番号
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）	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
受給者番号 （※3）		

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。
また、この申請の審査に必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報（必要に応じ、世帯員分を含む）及び生活保護受給状況を確認されることに同意します。

申請者氏名 印 （※4）

年 月 日

（宛先） 名古屋市長

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3 更新または変更の方のみ記入してください。
※4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請書受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得				人工呼吸器等装着 高額かつ長期 按分（難病・小児） 重症 血友病
今回所得区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得				人工呼吸器等装着 高額かつ長期 按分（難病・小児） 重症 血友病
所得確認書類	1.市町村民税(課税・非課税)証明書 2.生活保護受給世帯の証明書 3.その他（ ）				
前回受給者番号			今回受給者番号		
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			備考	