

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又は成年患者（18歳以上の受診者）としてください。

(宛先) 名古屋市長

Table with applicant and beneficiary information. Applicant: 名古屋 太郎, Address: 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号, Phone: (052) 972-2629. Beneficiary: 名古屋 一郎, Validity: 令和3年4月1日 - 令和4年3月31日.

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)

Main table for medical institution/chemist proof. Columns include treatment date, department, district, treatment days, points, food therapy fee, self-payment, and amount paid. Includes a note about validity and a signature section.

- 注1 太線で囲った部分は、申請者が記入してください。
注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。
注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へ提出してください。
注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ってください。
注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。
注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