

(表面)

※協・組・船・共・国(市町村)・国(それ以外)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書／小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規)・更新・変更

受診者	フリガナ	トトリ ハナコ		受給者番号 (新規申請の場合は 記入不要)	1	2	3	4	5	6	7
	氏名	鳥取 花子			生年 月日	平成30年4月1日		年齢	6 歳		
	個人番号	1234 5678 1234		住所	(〒680-0845) 鳥取市富安二丁目138-4		電話	0857-30-8584			
	加入医療 保険	被保険者氏名	鳥取 太郎		受診者との 続柄	父					
	保険種別	(例) 協会けんぽ		被保険者証の 記号・番号	1234567 89						
	被保険者証 発行機関名	(例) 全国健康保険協会 ○○支部									
	所在地	鳥取市○○町○○-○									
疾病名	(医療意見書を確認して記入)										
申請者	氏名	鳥取 太郎	個人 番号	9876 1234 9876		受診者との 関係(続柄)	父				
	住所	鳥取市富安二丁目138-4				電話番号	090-8888-0000				
該当する所得 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 ▶ 該当する場合には該当部分を■										
自己負担上限 額の特例 (該当する ものに■)	<input checked="" type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				<input type="checkbox"/>	高額かつ長期				
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例				<input type="checkbox"/>	重症患者認定 ▶ 該当する場合は有を記入				
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対象者 (申請者)	有		「有」の場 合該当者の 氏名・受給 者番号		氏名	鳥取 太郎		受給者番号			1122334
受診者が指定難病医療費助成対象 の場合					▶ 原則「申請する」にチェックを 入れて下さい。						
登録者証申請	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する <input type="checkbox"/> 申請しない										
住民票・所得課税証明省略 (鳥取市にお住まいの方のみご記 入ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成の申請にあたり、必要があるときは、私の支給 認定世帯員に関する住民情報、収入、課税状況など必要事項について、鳥取 市が照会確認することに同意します。(同意の場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※ 本同意書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る目的以外に使用する ことはありません。										
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	意見書の「診断年月日」を 記入してください。		6年 4月 1日		【左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 checked="" type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()						

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。

令和6年6月1日

申請者氏名

鳥取 太郎

印

原則、受診者の加入する保険の被保険者として
ください。
(申請書中段の「申請者」も同様)

(氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。)

- (新規・更新・変更)の欄は、該当するものに○を付してください。
- 申請書の住所及び電話番号の欄は受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 該当する所得区分の欄については、裏面の表を参照してください。
- 登録者証を「申請する」とした場合、市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。

(裏面)

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

フリガナ 世帯員氏名	鳥取 太郎	個人番号	9876 1234 9876	受診者との続柄	父
フリガナ 世帯員氏名	鳥取 砂丘	個人番号	6543 2198 6543	受診者との続柄	母
フリガナ 世帯員氏名	鳥取 梨子	個人番号	5678 4567 1234	受診者との続柄	姉
フリガナ 世帯員氏名		個人番号		受診者との続柄	
フリガナ 世帯員氏名		個人番号			

市町村国保、国保組合
加入の方は裏面も記入

注 意 事 項

1. 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（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（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）まで遡って申請することが可能です。
2. 更新申請を行う場合は、別途お知らせする期限までに提出してください。
3. 都道府県、指定都市及び中核市（以下「都道府県等」という。）が指定した指定医療機関以外の医療機関で受療した場合、当該医療費助成が受けられません。
4. 連絡先
鳥取市役所 こども未来課（鳥取市富安二丁目138-4）電話番号 0857-30-8239

【所得区分】

受診者の加入する医療保険が国民健康保険である場合は、当該国民健康保険に加入する世帯員全員の市町村民税（所得割）課税額の合計により、国民健康保険以外である場合は医療保険の被保険者（申請者又は受診者）の市町村民税（所得割）課税額により、それぞれ判断してください。

課税の区分	課税額		所得区分
市町村民税非該当	—		生活保護
市町村民税非課税	0円	年収額が80万円以下	低所得Ⅰ
		年収額が80万1円以上	低所得Ⅱ
市町村民税課税	71,000円未満		一般所得Ⅰ
	71,000円～251,000円未満		一般所得Ⅱ
	251,000円以上		上位所得

※低所得Ⅰ及び低所得Ⅱの区分に係る年収額については、給与等の収入のほか、公的年金、障害年金、障害給付金、障害補償、特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当の合計額により判断すること。