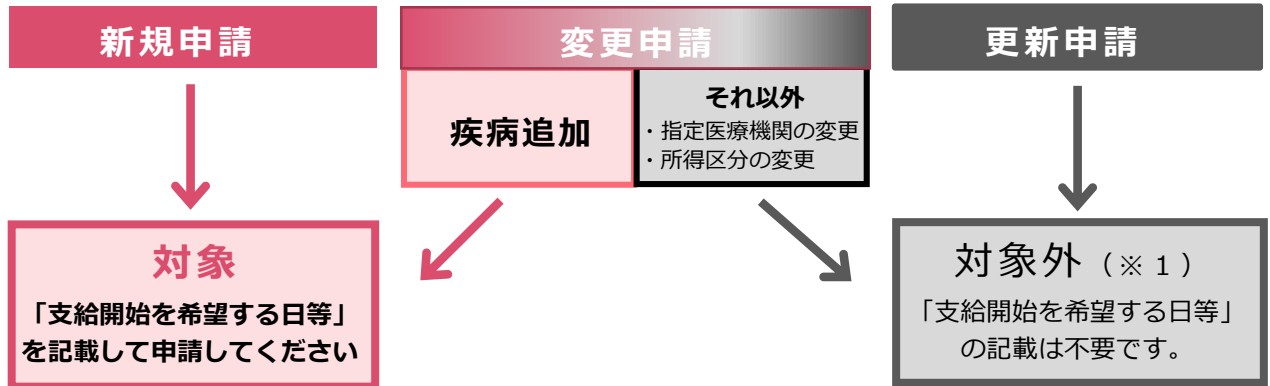


小児慢性特定疾病の医療費助成を申請される皆さまへ

申請の流れについて

【申請の種類】

廻りが可能な申請は「**新規申請**」と「**変更申請（疾病追加）**」です。



(※1) ただし、支給認定有効期間満了後の申請となってしまった方は廻りの対象となります。

【申請書の記載方法】

申請書に**医療費の支給開始を希望する日等**を記載していただく必要があります。

「申請書」と「医療意見書」等をご用意いただき、右ページのフローに倣って、**下記の赤枠内**（支給開始を希望する日等）を記載してください

[申請書の例]

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 (※5, 6)	年 月 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 type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、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。		
A	年 月 日	申請者氏名
知事（市区長） 殿		

[医療意見書の例] (※2)

医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	B
	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

(※2) アクセスキー付の医療意見書は、様式が異なる場合があります。

A [] : 小児慢性特定疾病医療費の支給申請日

B [] : 医療意見書の診断年月日

A から、**B** までの期間が、1か月以内である

はい

いいえ

B の日付を記載してください。
右側のチェックボックスの
記載は「不要」です！

診断された日から、申請が遅れたことに
やむを得ない理由がある

はい

いいえ

A から、**B** までの期間が3か月以内である

はい

いいえ

B の日付を記載してください。
右側のチェックボックスの
記載が「必要」です！

A から3か月前の日付を
記載してください。
右側のチェックボックスの
記載が「必要」です！

A から1か月前の日付を
記載してください。
右側のチェックボックス
の記載は「不要」です！

◆1か月前（3か月前）の考え方◆
1か月前または3か月前の同日を記載してください。ただし、同日が存在しない場合は、月末の日を記載してください。

(例1)

A が11月15日の場合の1か月前
⇒ 10月15日を記載

(例2)

A が5月31日の場合の1か月前
⇒ 4月30日を記載

※ ただし、法律の施行日である2023(令和5)年10月1日より前には遡れませんのでご注意ください。

※ 上記のフロー図は最大限遡れる日を示しております。
その日までの間で任意の日を記載いただくことも可能です。