第４号の２様式（第２条の２関係）

新規　・　更新

小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書（更新）兼同意書

受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年　月　日生 （満　歳）	
	住所	〒　－　　電話番号	（　）	
加入医療保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・国保組合・生保	本人・家族	
	記号	番号	保険者番号	
疾病名	1	2	3	
自己負担上限月額の特例（※1）	該当する項目に○を付けてください。	重症申請　人工呼吸器等装着　高額かつ長期　世帯内按分		
受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しく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（世帯内按分対象者）	氏名	（難病・小慢）受給者番号		
	氏名	（難病・小慢）受給者番号		
申請者（※2）	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		父・母・その他（　）	
	住所	□ 受診者の住所・電話番号と同じ場合は、□にチェックしてください（記載省略可）。 ※ 受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。		
		〒　-　　電話番号	（　）	
受診医療機関	医療機関名		所在地	
支給を開始することが適当と考えられる年月日（※3）	年　月　日	【左記の欄が申請日から1月以上前の年月日となっている場合の理由】 （左記の欄から申請日までの期間が１月より短い場合は記載不要） □小児慢性特定疾病医療意見書の受領に時間を要したため □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 □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 □その他（　）		
小児慢性特定疾病登録者証	災害時の避難行動要支援者名簿作成事務等にて、杉並区がマイナンバー連携により登録者情報を確認する制度です。 □申請する　□申請しない			

杉並保健所長　宛

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給及び小児慢性特定疾病登録者証の交付について申請します。
また、この申請に必要な場合は、杉並区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住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、生活保護受給情報又は公的年金等の収入額（世帯員分を含む。）を確認すること又は必要に応じて申請後に追加書類を徴収する場合もあることに同意します。

年　月　申請者氏名

※1 ○重症申請…重症認定基準を満たしている。 ○人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している。 ○高額かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合又は医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある。 ○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。
※2 受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となるので、申請者欄の記載は不要です。
※3 医療意見書に記載された診断年月日等、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を記載してください。支給開始日は、診断年月日又は申請日から1月前(やむを得ない理由により申請が行えなかつた場合は最長3月前)の日のいずれか遅い日に遡つて申請することが可能です。更新の場合は、原則記入不要ですが、受給者証の有効期限を過ぎた後の更新申請の際は記入してください。

厚生労働大臣 宛
私は、小児慢性特定疾病の医療費支給認定申請又は小児慢性特定疾病登録者証交付申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されること、③小児慢性特定疾病に係る政策立案及び患者支援の基礎資料として利用されることに同意します。

年　月　日　受診者氏名　代理人氏名

※ 受診者が未成年、成年被後見人等の理由により、本人に代わつて代理人が同意する場合は、代理人氏名欄に署名をしてください。

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書 □旅券　□在留カード　□その他(　)	収受印欄	
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □職権確認　□その他(　)		