

申請区分	新規 ・ 継続 ・ 変更 ・ 転入 (転入元: _____ 転入日: 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日)		
変更の場合、変更あったものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 疾病の追加 / <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額 / <input type="checkbox"/> 受診医療機関の追加		
受診者	ふりがな		
	氏名	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日生 令和 ____ 満 (____) 歳	電話 (自宅) ____ - ____ (携帯) ____ - ____ 父・母・本人・その他 (____)
	住所	〒 _____	
	加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄 父・母・その他 (____)
	記号	番号	保険者番号
発行機関名			
疾病名	1) _____	2) _____	3) _____
自己負担上限月額に関する特例	重症患者認定基準	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当	人工呼吸器等の装着の有無 <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当
	高額かつ長期	高額な医療が長期的に継続する者(医療費総額が5万円/月を超える月が年間6回以上ある場合)	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当
	世帯内按分	受診者と同じ医療保険に加入している者のうち、小児慢性特定疾病又は指定難病の認定者(申請中の者を含む)がいる	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当
小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について	別紙「小児慢性特定疾病医療費支給認定を申請される方へ」を読み、いずれかに☑を入れてください。 私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに <input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません		
小児慢性特定疾病児手帳	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない	生活保護の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
自己負担Ⅵ階層了承欄 (該当の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 所得証明書類を提出せず、Ⅵ(最高階層)となることを了承します。 申請者氏名 _____		
小児慢性特定疾病の治療等で受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護ステーション・療育園等を含む) ※枠が不足する場合は裏面を記入してください			
指定医療機関の名称	所在地		
私は次のことに同意し、上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の交付を申請します。			
1 医療意見書等に不備があった場合は、高槻市から医療機関へ確認します。 2 申請に必要な範囲で、担当課が交付要件及び課税状況を住民基本台帳等により確認します。 3 当該受診者と同一の世帯員で、指定難病を受給している者に係る自己負担額の算出のために、必要な範囲で当該受診者の自己負担額に関する情報を担当部局に提供します。			
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	※申請者…18歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18歳以上の場合は受診者本人		
(宛先) 高槻市長	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ		
申請者 氏名: _____	住所: _____	<input type="checkbox"/> 受診者と異なる (____)	
受診者との続柄: (____)	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ		
個人番号: _____	電話: _____	<input type="checkbox"/> 受診者と異なる (____ - ____ - ____)	

※上記の申請者以外の方が来所し、当該申請書を記入される場合は、この欄へ記入してください。	受付欄
(届出者) 氏名: _____ 受診者との続柄 (____)	

表面「小児慢性特定疾病の治療等で受診を希望する指定医療機関」欄が足りない場合記入

	指定医療機関名 (薬局・訪問看護ステーションを含む)	所在地
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

【新規・疾病追加・疾病変更の場合に記入】

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(※)	年 月 日	<p>小児慢性特定疾病医療費の支給開始日を <u>1か月以上</u> 遡る必要のある方は、下記にチェックをしてください。</p> <p>左記の欄が申請日(この用紙の裏面下部)から1か月以上前の年月日となっている理由</p> <p><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他(具体的に理由を記入)</p> <p>()</p>
遡りが必要ない方はこちらにチェックをお願いします。		<input type="checkbox"/> 遡りはない

(※) 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ヶ月前(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ヶ月前)の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当であると考えられる年月日を記載してください。(更新の場合は、原則記入不要です。)