様式第1号				引区/	情報連携 ※1)	する	□情報	報連携した	しりえ	受給	給者 <b>(※</b> 2						
小児慢性特別				疾病[	情報連			油請書	((	新規	)• <u> </u>	更新•	<u>×</u> .	更)	(%3)		
	ふりがな				る場合 	<b>.</b> 🗹	ろう					生	年	月	8	年	始
	氏 名				=	重一	郎					<b>A</b>	▲年	▲▲月			歳
	規申請の場合、 できません。	▲▲▲ - ▲▲▲▲ 重県○○市○○町▲▲番地															
党診	√個人番号 □ 提供済みの個 人番号と同じ	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>	•	<b>A</b>	<b>A</b>							「保険種	
者		保険者名			全国健康保険協会						支〇〇	支部 〇印					
	加入医療保険 口前回申請時	₹ ≣ī	皮保険者の 3号・番	D 号						保険種別被(本人)(※4)				▶人) <b>○</b> 發	(家政)	)	
	人 と同じ iSi			な みえ たろう 受診者						<u> </u>		・その他(		)			
新規申請の場合、 ☑できません。 ☑できません。			呆険者只	5名   三重 太郎   との続   							:   E	その他		)			
申請	いりかな					たろう				受診との関		☑父		□母			
新規	現申請の場合、	   <del> </del>		<u> </u>	三重	太郎					利が	ロそ	の他	(		)	
図者	できません。   \	<u> </u>	同上	$\int_{-}$	受診者と同一の場合は同上と記入					,							
(%5)	✓ 個人番号 □ 提供済みの個 人番号と同じ	•	<b>A</b>	•	<b>A</b>	<b>A</b>	•	<b>A</b>	<b>^</b>	電話	( 🖯	(自宅) 中連絡 <sub>:</sub>	先)	•••	<b>0-00</b>	- <b>••</b>	••
	疾患区分 ( <b>※</b> 6)	0	0	疾病 (診断		 D 医療:	意見書	をご覧に	なって	て記載し	てく	ださい。	pc	)()病			
自	己負担上限月額		<b> </b>		ら額かつ								上 E患者	認定	(%8)		
(記	の特例 ぎ当するものに☑) 	□ 人工呼吸器等装着(※9)							口  先天性血液凝固因子障害等(血友病等)								
						病	院 • 1	診療所・薬	薬局	• 訪問看	<b>i護事</b>	業者等					
	診を希望する 定医療機関	名 称							j	<u>所在地</u>							
			○○○○病 · 「医療意見書の記載医療機関と同じ」に☑しない場合には、小児慢性特定疾病の治療で主に受 														
	医療意見書の記 医療機関と同じ																
			訪問			であれば	ば、本 🕫	申請書に記	載して	ていない	医療機						
	当する場合、 さすることで、i	_	省	—— 月	В	□医療療	急見書	申請日からの受領に時	間を	要したた	きめ					曲】	
	することができま 	ŧす。 · · · ·		, J		口症状の		等により、 <del></del>	中請:	書類の準	■偏や∄	是出に時	间を	要しただ	_ <i>W</i>	)	
	録者(証)情報 (※10) 	V		連担	隽する_				連	携しなり	١)				受付欄		
	上記のとおり、	小児	要性特		る場合、	F	申請し	<b></b> ノます。 ま	た、	申請書	記記	入					
	た内容について				りません A ▲ E												
	申請者(保護者				 太郎	-		(	<b>%</b> 1	1 )							
	七明日 (休暖日	<u>/ L\\</u>		里				一 三重県知		あて							
			こついて	の同意	まをされる	る方は、					月に関	するご言	<u></u> 说明」	をご確	認いただ	き、以	下に
私	は、小児慢性特定疾病に係る研究	定疾				: - :							上 疾病	等の治	 除研究等	、小児	慢性
		令和		<b>▲</b> 月						受診者が未 が同意する:					より、本人に	代わって代	代理
Ý.				三重	一郎				代	理人氏	名 _			三重	太郎		
								厚生労働	大臣	あっ		受詞	<b>ゝ</b> 诊者 <i>t</i>			 未満)の	
<b>※</b> 1	該当者全員の個人 できる資料の提出			ごき、「!	情報連携す	る」にチ	ェック	することで、	住民票	,市町村	民税所	<del></del>	合は記	びず記り	手(18歳; 入		亅

できる資料の提出を省略できます。 ※2 更新と変更の方のみ記入をしてください。

※3 新規・更新・変更のいずれかに〇をしてください。

裏面も記載してください

## (裏面)

- ※4 「国保」は国民健康保険、「国組」は国民健康保険組合、「被(本人)」は被用者保険(受診者が被保険者)「被(家族)」は被用者保険(受診者以外が被保険者)(例:組合管掌健康保険、全国健康保険協会管掌健康保険、地方職員共済組合等)、「生保」は生活保護の略です。
- ※5 成年患者が更新申請を行う場合は、受診者との関係は「その他(本人)」とし、電話番号以外の項目は「同上」とすることができます。
- ※6 悪性新生物は「O1」、慢性腎疾患群は「O2」、慢性呼吸器疾患群は「O3」、慢性心疾患群は「O4」、内分泌疾患群は「O5」、膠原病は「O6」、 糖尿病は「O7」、先天性代謝異常は「O8」、血液疾患群は「O9」、免疫疾患群は「10」、神経・筋疾患群は「11」、慢性消化器疾患群は「12」、 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群は「13」、皮膚疾患群は「14」、 骨系統疾患群は「15」、脈管系疾患群は「16」を記入してください。
- ※7 高額な医療が長期的に継続する場合をいい、小児慢性特定疾病に係る医療費総額が5万円/月(例えば医療保険2割負担の場合、 医療費の自己負担額が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある方が対象となります。
- ※8 重症患者認定基準に適合する方が該当します。
- ※9 長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要な
- ※10「連携する」をチェックした場合、市区町村がマイナンバー 登録者(証)情報を確認することができます。

※11申請者(保護者)氏名について、被用者保険で被保険者が非

新規申請:1月から6月の申請一前年の1月1日在住の市区町村 7月から12月の申請一当年の1月1日在住の市区町村

〇世帯調書

支給認定基準世帯員(受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している被保険者の方)に

してください。

支給認定基準世帯員氏名 個人番号	受診者 との 続柄	年齡	医療保険の種別 (該当する ものに〇)	市町村 民税の 申告	受給資格 特定 医療費	各の有無 小児慢性 特定疾病	1月1日現在の 住所所在地 (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
受診者本人		5	国保・国組 被(本人) (被(家族) 生保	有無	有		都道 申請中の場合も 「有」と記入してく	※         
申請者(保護者)本人	父	40	国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有無	有無	有無	都道 府県 市区 町村	所 使 用
・受診者本人が <u>「国保」「国組」「生</u> の	₹」の場1	合は、	国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) <b>受診者と同じ医療</b> の	有・無 <b>保険に加</b>			都道 府県 <b>士</b>	欄のため記
・受診者本人が <u>「被用者」保険に加</u> 	入してい	る場合	きは、被保険者の方 	のみ記	<u>入</u> してく	ださい。	₩ <b>₩ 1</b>	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\
			国保·国組·後期 被(本人)·被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道 府県 市区 町村	ないでん
			国保 • 国組 • 後期 被(本人) • 被(家族) 生保	有・無	有•無	有•無	都道 府県 中区 田村 合計課税年額	ください
〇非課税収入申告書							決定階層	٥

保護者のうち最も収入が多い方の収入金額について記入してください。

なお、下の表に記入されているもの以外の収入(児童手当等)については記入する必要はありません。

保護者氏名(最も収入が高い方) 三重 太郎

下記の収入		収入金額(※12)
1 年金	[	年額 ▲▲▲,▲▲▲ 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 10円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	1、2、3のうち該当
※12 記入す	る収入金額…新規申請:1月から6月の申請-前々年(1月から12月まで)の収入金額 7月から12月の申請-前年(1月から12月まで)の収入金額 更新申請:前年(1月から12月まで)の収入金額を記載してください。	がない場合は「O 円」と記入

受診者住所以外の宛先に受給者証等の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

₹

住 所

 
 ふりがな

 氏 名

 受診者との 続柄

保健所使用欄	
でである。   でである。   でである。   でである。   でである。   でである。   である。   である。	人しないでください。 保健所使用欄のため [