

佐世保市小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）						
受診者	フリガナ			性別	年齢	生年月日
	氏名			男・女	歳	年 月 日
	個人番号					電話番号
	住所	〒				
加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄		
	被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	保険種別	社保・国保・生保・その他	
	保険者番号					
	被保険者証発行機関名					
申請者	フリガナ			受診者との関係		
	氏名					
	個人番号			昼間連絡のつく電話番号		
	住所	〒				
該当する所得区分 ※記入不要	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					
自己負担額上限額の特例 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着 <small>※医療機関の診断書を添付してください</small>	<input type="checkbox"/>	重症患者認定 <small>※重症患者認定申請書を添付してください</small>		
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例 <small>※同一保険加入者が指定難病・小児慢性特定疾病の受給者の場合</small>	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期 <small>※認定期間中に医療費の総額が5万円を超える月が6回以上ある場合</small>		
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を受けている者又は申請中の者				無 ・ 有 (氏名) (受給者番号) 【 指定難病 ・ 小児慢性特定疾病 】 (氏名) (受給者番号) 【 指定難病 ・ 小児慢性特定疾病 】		
疾病名 <small>(複数ある場合は全て)</small>						
小児慢性特定疾病に関して医療等を受ける医療機関、薬局又は訪問看護事業者を記入してください (4か所目からは、裏面に記入してください)	医療機関名		所在地 ・ 電話番号			
受給者番号			指定難病の受給者番号			
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。						
申請者氏名 _____ 印 <small>(自筆の場合は押印不要)</small>						
年 月 日 佐世保市長 様						

佐世保市が世帯構成員の収入状況等を把握することに同意します。	印 鑑
--------------------------------	-----

