

受給者番号	
-------	--

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・継続・変更・再開）

受診者	フリガナ						生年月日			
	氏名						性別	年齢	歳	年月日
	個人番号									
	フリガナ									
	住所	〒 - 甲府市 (電話 - - )								
	疾病名									
	加入医療保険	フリガナ 被保険者氏名						受診者との 続柄		
保険種別		協会・組合・共済・国保・国組・生保 その他（ )					被保険者証の 記号・番号			
被保険者証 発行機関名										

今回申請する受診者と同じ世帯内（受診者と生計を一にする）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 ※有の場合は、氏名・受給者番号を記載してください。	有 ・ 無 (氏名 受給者番号 ) (氏名 受給者番号 )
--	-------------------------------------

受診を希望する 指定医療機関 (訪問看護事業者 等を含む)  ※欄が不足した場合は裏面に記載してください。	医療機関等名称	所在地

小児慢性特定疾病児童手帳交付希望の有無	有 ・ 無 ・ 交付済 ・ 再交付希望
---------------------	---------------------

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。  
 また、私及び支給認定に必要な世帯員の住民基本台帳、所得課税状況に関する情報を市長が確認することについて同意します。

(あて先) 甲府市長 様

年 月 日

申請者 氏名 住所 個人番号 電話番号

印 ( ) 受診者との続柄

※裏面にも記入欄がございます。

【 裏 面 】

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）										
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
世帯員氏名（フリガナ）										生年月日 年 月 日（ 歳）
個人番号										受診者との続柄（ ）
受診を希望する 指定医療機関 （訪問看護事業 者等を含む）  ※表面に書き切れ ない場合のみ記載 してください。	医 療 機 関 名					所 在 地				

【市記載欄】

該当する所得区分	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					
自己負担上 限額の特例 （該当する ものに <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期		
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	重症患者認定		
個人番号確認	<input type="checkbox"/>	番号確認	<input type="checkbox"/>	身元確認	<input type="checkbox"/>	代理権確認