

小児慢性特定疾病支給認定/登録者証変更申請書兼届出書

|              |      |     |    |      |       |
|--------------|------|-----|----|------|-------|
| 受給者番号        |      |     |    | 生年月日 |       |
| 受診者／<br>要支援者 | フリガナ |     | 年齢 | 歳    | 年 月 日 |
|              | 氏名   |     |    |      | 年 月 日 |
|              | フリガナ |     | 住所 |      |       |
| 住所           |      | 〒 ー |    |      |       |

| 事項   |   | 変更後    |  | 変更年月日  | 添付書類 ※1   |
|--|---|--------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 受給者に関する事項<br><input type="checkbox"/> 申請者(保護者)に関する事項<br>※変更した項目のみ記載   | 住所  | 〒 ー    |  | 年 月 日  | 住民票<br>又は<br>公的機関が発行した住所が確認できる書類<br>(マイナンバーカード、免許証等)  |
|  | 氏名  |        |  |  |   |
|  | TEL<br>その他  |        |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 加入医療保険に関する事項<br>※変更した項目のみ記載   | 記号及び番号  |        |  | 年 月 日  | 医療保険の資格情報が確認できる書類<br>認定世帯員 ( ) 人分<br>同意書 (一部共済組合のみ ※2)  |
|  | 保険者名  |        |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> 受診を希望する医療機関・薬局・訪問看護事業者  | 指定確認  | 医療機関等名 | 所在地  | 変更事由   |   |
|  | <input type="checkbox"/>                                  |        |  | 追加・中止  |   |
| <input type="checkbox"/> 階層区分に関する事項<br><input type="checkbox"/> ①生活保護<br><input type="checkbox"/> ②境界層該当<br><input type="checkbox"/> ③世帯按分※3<br><input type="checkbox"/> ④重症(高額かつ長期)<br><input type="checkbox"/> ⑤住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更<br><input type="checkbox"/> ⑥加入医療保険の変更に伴う変更 | 変更前   | 変更後    | 変更年月日  | 添付書類 ※1  |   |
|  |   |        | 年 月 日  | ①生活保護受給証明書<br>②境界層該当証明書<br>③同一医療保険に加入する世帯員の受給者証の写し | ④ 医療費申告書(様式9) & 自己負担上限額管理票の写し(又は領収書や診療明細書)<br>⑤⑥ 所得課税証明書(非課税証明書) 認定世帯員 ( ) 人分<br>その他所得に関する証明書 |
| <input type="checkbox"/> 疾病に関する事項<br><input type="checkbox"/> ①疾病追加<br><input type="checkbox"/> ②病名変更<br><input type="checkbox"/> ③人工呼吸器等<br><input type="checkbox"/> ④重症(基準に該当)   | 小児慢性特定疾病医療費支給認定日の遡りの希望                                    |        | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | ①～④医療意見書   |   |
|  | 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 ※5※6 (希望がない場合は変更年月日を記載) |        | 年 月 日  |  |   |
| 【上記の欄が申請日から1ヶ月以上前の年月日となっている理由】<br><input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他   |   |        |  | ③人工呼吸器等装着者証明書(様式3)                                 | ④重症患者認定申告書(様式2)   |
| <input type="checkbox"/> 登録者証に関する事項(氏名変更) ※7   |   |        | 年 月 日  | 公的機関が発行した氏名が確認できる書類(マイナンバーカード、免許証等)                |   |

申請した内容に変更があったため、上記のとおり届け出ます。

申請者 住所 連絡先 (電話番号) \_\_\_\_\_ )  
 氏名 受診者との続柄 [ \_\_\_\_\_ ]  
 年 月 日

群馬県知事 あて

※1 添付した書類に丸を記入する。  
 ※2 国家公務員共済組合及び地方公務員共済組合のみ同意書が必要です。  
 ※3 本申請における受診者が指定難病患者でもある場合も含む。  
 ※4 日中連絡が付きやすい電話番号等を記入してください。  
 ※5 小児慢性特定疾病医療費の支給認定日は申請日から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)の同じ日目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と考えられる年月日を記載してください。  
 ※6 審査の結果、必ずしも記載された支給認定日とならない場合もあります。  
 ※7 マイナンバー情報連携を活用している場合は、届出不要です。