別紙様式第2号

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（ 新規 ・ 転入 ・ 再開 ・ 更新 ）

※いずれかに〇をつけてください。

				受給者番号 （再開・更新の場合のみ記入）	
受診者	ふりがな		年齢	歳	生年月日（和暦で記入）
	氏名				年　月　日
	住所	〒			電話番号
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄	
		保険種別		記号・番号	
		保険者名			※国家公務員共済組合・地方公務員共済組合の場合は様式第5号(同意書2)が必要です。
申請者 注1	ふりがな			受診者との関係	
	氏名				
	住所（受診者と異なる場合のみ記入）			電話番号（受診者と異なる場合のみ記入）	
自己負担限額の特例	該当するものに☑	☐	人工呼吸器等装着 ※「人工呼吸器等装着者証明書」の提出が必要	☐	高額治療継続 注2 ※「重症患者認定申告書」の提出が必要
		☐	世帯内按分特例	☐	重症患者認定 ※「重症患者認定申告書」の提出が必要
疾病名 ※医療意見書の「細分類病名」を記載					
受診を希望する指定医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含む）	名称			名称	
	所在地			所在地	
	名称			名称	
	所在地			所在地	
	名称			名称	
	所在地			所在地	
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 （注3、4）	年　月　日 （和暦で記入）	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐医療意見書の受領に時間を要したため ☐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 ☐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 ☐その他〔　　〕			

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。
なお、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当たり必要なときは、医療保険者に情報を提供することに同意します。

申請者氏名

年　月　日
（和暦で記入）

鹿児島県知事　殿

（世帯調書の提出も必要です。）

注1）申請者は、受診者の親権を行う者のうち、原則として受診者の加入する医療保険の被保険者。ただし、被保険者が単身赴任等で受診者と同居していない場合や受診者本人が被保険者の場合は、例外として現に監護している保護者を申請者とすることも可能。18歳以上の成年患者については原則本人が申請者となる。
注2）支給認定を受けた月から12か月以内に当該支給認定に係る医療費総額が5万円を超えた月が6回以上ある場合に該当。確認書類の添付が必要。
注3）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か月前）の同じ日）まで遡って申請することが可能。
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。
注4）更新の場合は、原則記入不要。

保健所記載欄	階層区分		自己負担限度額	特例前　円	特例後　円	受付番号	
	課税証明書	年度		階層Ⅱ・Ⅲの判定書類			
	疾患群			更新しない医療機関 ※更新の場合のみ記入			