

富山県 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 兼小児慢性特定疾病児手帳交付申請書

[新規・更新・変更] (※1)

受診者	フリガナ		性別	男・女	生年月日		
	氏名				年 月 日 (歳)		
	住所	〒 -		電話	- -		
	加入医療保険	フリガナ			受診者との続柄	父・母・本人 その他 ()	
		被保険者氏名					
		保険種別	協会・組合・船員・共済・国保(一般・組合・退職)				
記号番号							
被保険者証発行機関名							
	所在地						

受給者番号(※2)

疾病名

自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	<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(※3)	<input type="checkbox"/>	重症患者認定

小児慢性特定疾病児手帳交付	希望する・希望しない
---------------	------------

今回申請する受診者と同じ世帯内にいる小児慢性特定疾病又は指定難病の医療費助成を受けている者又は申請中の者	有(氏名) 【小慢・難病】 ・ 無
--	-------------------

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)	医療機関名	所在地

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。

申請者住所：〒 -

フリガナ
申請者氏名 _____ 印

・別紙提出の個人番号と相違ありません。☐←(今回マイナンバーを提出の方はチェックしてください) (自署の場合は押印不要)

受診者との続柄： 受診者の ()

申請者自宅電話番号() -
その他連絡先 - -

年 月 日 富山県知事 殿

- ※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。
- ※2 新規申請の場合は、記入不要。
- ※3 同一世帯内(児童と同一の医療保険に加入)に複数の対象患者がいる場合：世帯内の対象患者の人数で負担限度額を按分。

受付印