

改正案	現行																																																																																																																																																																																																																																																																															
<p>様式第1号(表面)(第17条関係)</p> <p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更・転入・更新) (※1)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">年齢</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">歳</td> <td colspan="2">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">加入医療保険</td> <td>住所</td> <td colspan="2">(〒 —)</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td colspan="2">協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他</td> <td>被保険者証の記号・番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">申請者(保護者)</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者との関係</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">自己負担上限額の特例(該当するものに☑)</td> <td>人工呼吸器等装着(※3)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">高額かつ長期(※5)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>重症患者認定(※4)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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</td> <td>(氏名：)</td> <td colspan="2">成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有(受給者番号：)・無</td> <td colspan="2">小児慢性特定疾病</td> <td colspan="2">指定難病</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)</td> <td colspan="2">医療機関名</td> <td colspan="4">所在地・電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>受給者番号(※6)</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>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(※7)</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="5">【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td colspan="7">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 年 月 日 福岡県知事 殿</td> </tr> </table> <p>※1 新規・変更・転入・更新のいずれかに○をすること。 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。 ※3 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)を添付すること。 ※4 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)及び別紙2(重症患者認定申告書)を添付すること。 ※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、月ごとの医療費総額が5万円を超えた月が年6回以上ある場合に記入すること(小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けた疾病の医療費に限る。) ※6 更新又は変更の方のみ記入すること。 ※7 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まで遡ることが可能(ただし、遡れるのは申請日から1か月前(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)。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、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すること。また、更新の場合は、原則記入不要。</p>	受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日		氏名		年 月 日		個人番号						フリガナ						加入医療保険	住所	(〒 —)		電話番号			被保険者氏名			受診者との続柄			保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・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						申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係			氏名					個人番号						フリガナ						自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	人工呼吸器等装着(※3)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※5)				重症患者認定(※4)	<input type="checkbox"/>					今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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	(氏名：)	成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)					有(受給者番号：)・無	小児慢性特定疾病		指定難病		<input type="checkbox"/>	疾病名							受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号										受給者番号(※6)							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(※7)	年 月 日	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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 <input type="checkbox"/> 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。 申請者氏名 年 月 日 福岡県知事 殿							<p>様式第1号(表面)(第17条関係)</p> <p style="text-align: center;">小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更・転入・更新) (※1)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">年齢</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">歳</td> <td colspan="2">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">加入医療保険</td> <td>住所</td> <td colspan="2">(〒 —)</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者との続柄</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td colspan="2">協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他</td> <td>被保険者証の記号・番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">申請者(保護者)</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者との関係</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">自己負担上限額の特例(該当するものに☑)</td> <td>人工呼吸器等装着(※3)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">高額かつ長期(※5)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>重症患者認定(※4)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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</td> <td>(氏名：)</td> <td colspan="2">成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有(受給者番号：)・無</td> <td colspan="2">小児慢性特定疾病</td> <td colspan="2">指定難病</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)</td> <td colspan="2">医療機関名</td> <td colspan="4">所在地・電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>受給者番号(※6)</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="7">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 年 月 日 福岡県知事 殿</td> </tr> </table> <p>※1 新規・変更・転入・更新のいずれかに○をすること。 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。 ※3 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)を添付すること。 ※4 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)および別紙2(重症患者認定申告書)を添付すること。 ※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、月ごとの医療費総額が5万円を超えた月が年6回以上ある場合に記入すること(小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けた疾病の医療費に限る。) ※6 更新又は変更の方のみ記入すること。</p>	受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日		氏名		年 月 日		個人番号						フリガナ						加入医療保険	住所	(〒 —)		電話番号			被保険者氏名			受診者との続柄			保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・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						申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係			氏名					個人番号						フリガナ						自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	人工呼吸器等装着(※3)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※5)				重症患者認定(※4)	<input type="checkbox"/>					今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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	(氏名：)	成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)					有(受給者番号：)・無	小児慢性特定疾病		指定難病		<input type="checkbox"/>	疾病名							受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号										受給者番号(※6)							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 年 月 日 福岡県知事 殿						
受診者		フリガナ				年齢	歳	生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																								
		氏名		年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																												
		個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																														
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																															
加入医療保険	住所	(〒 —)		電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																												
	被保険者氏名			受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																												
	保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・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																																																																																																																																																																																																																																																																															
申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係																																																																																																																																																																																																																																																																												
	氏名																																																																																																																																																																																																																																																																															
	個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																															
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																															
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	人工呼吸器等装着(※3)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※5)																																																																																																																																																																																																																																																																													
	重症患者認定(※4)	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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	(氏名：)	成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)																																																																																																																																																																																																																																																																														
	有(受給者番号：)・無	小児慢性特定疾病		指定難病		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																										
疾病名																																																																																																																																																																																																																																																																																
受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																													
受給者番号(※6)																																																																																																																																																																																																																																																																																
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(※7)	年 月 日	【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】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <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 <input type="checkbox"/> 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。 申請者氏名 年 月 日 福岡県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																
受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																											
	氏名				年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																											
	個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																															
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																															
加入医療保険	住所	(〒 —)		電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																												
	被保険者氏名			受診者との続柄																																																																																																																																																																																																																																																																												
	保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・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																																																																																																																																																																																																																																																																															
申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係																																																																																																																																																																																																																																																																												
	氏名																																																																																																																																																																																																																																																																															
	個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																															
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																															
自己負担上限額の特例(該当するものに☑)	人工呼吸器等装着(※3)	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期(※5)																																																																																																																																																																																																																																																																													
	重症患者認定(※4)	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																														
今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病若しく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	(氏名：)	成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)																																																																																																																																																																																																																																																																														
	有(受給者番号：)・無	小児慢性特定疾病		指定難病		<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																																										
疾病名																																																																																																																																																																																																																																																																																
受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																													
受給者番号(※6)																																																																																																																																																																																																																																																																																
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 年 月 日 福岡県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																