



**\*裏面にも記載欄があります。**

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)	該当に○	医療機関名	所在地	追加・取消の場合 (いずれかに○をつけてください。)
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消
	病・診 薬局 訪問			追加・取消

**委任状**

申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

年 月 日

代理人氏名： (受診者との続柄： ) ※8

大分県知事 殿

※8 申請者本人が窓口に来所できない場合、委任（代理人氏名を記入）し、を入れること。

医療機関 (病院・診療所) 追加の確認欄	当医療機関で受診者が認定されている小児慢性特定疾病について診療を行います。  指定医療機関名
----------------------------	--

保健所記入	経由保健所	番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> その他( )	申請者身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真貼付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他( )
	担当者名		

添付書類	<input type="checkbox"/> 医療意見書 <input type="checkbox"/> 研究利用についての同意書 <input type="checkbox"/> 受診者、申請者等の医療保険証の写し 受診者の加入する医療保険が 国保…受診者及び同一医療保険加入者全員分 社保…被保険者の分 <input type="checkbox"/> 適用区分照会に関する同意書 <input type="checkbox"/> 障害年金・特別児童扶養手当等に関する調書 (該当の収入等がある場合はその添付書類)	該当者のみ <input type="checkbox"/> 重症患者認定申請書 (医療意見書・障害年金証明書・身体障害者手帳) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者申請時添付書類 <input type="checkbox"/> 小慢受給後、直近1年内の診療明細や領収書等 <input type="checkbox"/> 受診者や医療保険世帯内の指定難病や小慢の患者の医療保険証と受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証(血友病A・B)
	持参 <input type="checkbox"/> 申請者の番号確認ができる書類(個人番号カード、通知カード等) <input type="checkbox"/> 申請者(代理人)の身元確認ができる書類(個人番号カード、運転免許証等) <input type="checkbox"/> お持ちの小児慢性特定疾病医療受給者証(変更・更新時)	

<変更の場合の添付・確認書類等>

- 疾病の追加…医療意見書
- 氏名の変更…戸籍抄本
- 住所の変更…住所変更当日に手続きする場合は住民票
- 加入保険の変更…受診者の医療保険証  
適用区分照会に関する同意書
  - ・国保の場合、加入世帯全員分が必要
  - ・社保の場合、被保険者の分
  - ・上記対象者が市町村民税非課税の場合は、申請者の分、および、障害年金・特別児童扶養手当等に関する調書(該当があれば通帳のコピー等の添付書類)
- 按分対象者…該当患者の受給者証と被保険者証
- 医療機関…病院・診療所は医療意見書・診断書・紹介状、又は医療機関追加の確認欄の記入が必要  
電話受付がない場合は申請日から適用

階層区分	自己負担上限月額(患者負担割合:2割、外来+入院)			
		一般	重症 (※)	人工呼吸器等装着者
I	生活保護等	0		
II	市町村民税 低所得I(～80万円)	1,250		500
III	非課税 低所得II(80万円超～)	2,500		
IV	一般所得I(～市町村民税7.1万円未満)	5,000	2,500	
V	一般所得II(～市町村民税25.1万円未満)	10,000	5,000	
VI	一般所得III(市町村民税25.1万円以上)	15,000	10,000	
入院時の食事療養費		1/2自己負担		

※①高額治療継続者(医療費総額が5万円/月(例えば、医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある場合)  
②療養負担加重患者、のいずれかに該当。