

小児慢性特定疾病医療費支給認定の新規申請について

(◎新規申請の対象者…18歳未満の児童で申請者(保護者)の住所が宇都宮市内にある方)

必要書類とご用意いただくもの(以下の①, ②, ④, ⑤, ⑥は次ページ以降に添付)

- ① 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(申請者が記入)
- ② 世帯調書(申請者が記入)
- ③ 医療意見書(医師が記入 — 医師にご相談ください)
- ④ 医療意見書の研究等への利用についての同意書(申請者が記入)
- ⑤ 医療保険の所得区分についての同意書(申請者が記入)
- ⑥ 療養生活のおたずね(申請者が記入)
- ⑦ 受診者の医療保険の資格情報(マイナポータルからダウンロード)や資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかの写し
(受診者(児童)の氏名が入っているもの)
- ⑧ 通知カードまたは個人番号カード(※)

◎ 医療意見書は、対象の801疾病ごとに専用の様式があり、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページ(<https://www.shouman.jp/>)に掲載されておりますので、医療機関(医師)に様式のダウンロードと医療意見書の作成を依頼してください。

(※個人番号(マイナンバー)を①の認定申請書及び②の世帯調書へ記入する際に必要となります。)

- 上記書類を子ども支援課にご提出ください。この手続きは、市役所1階の「保健と福祉の総合相談窓口」、各地区市民センター、各出張所でも申請することができます。
- 認定疾病を追加する場合におきましても、新規申請によるお手続きが必要となります。
- 受給者証等がお手元に届くまでの間に「住所・氏名・加入医療保険(健康保険)」を変更された場合は、子ども支援課にご連絡ください。
- 認定を受けた方で、受給者証の有効期限後も継続対象となる方には、有効期限満了前に郵送による更新案内をいたします。

※ 申請受付後、審査会で認定となり受給者証等がお手元に届くまでに、約2ヶ月程度の期間を要します。認定を受けた方で、受給者証が届くまでの間に医療費を支払った場合、払い戻しの請求を行うことができます。請求に必要な書類や請求方法については、子ども支援課にお問い合わせください。



〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号
宇都宮市 子ども部 子ども支援課
電話 028-632-2296

小児慢性特定疾病医療費助成 申請書類チェックリスト(新規申請)

1. 全員に提出をお願いする書類

	提出書類	留意事項
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規申請用)(別紙様式第1号)	・ 個人番号(マイナンバー)を記入してください。 ※記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	世帯調書	・ ご家族のうち、対象児童が加入している健康保険と同一の健康保険に加入する方を「世帯員名」に記入してください。 ※記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	医療意見書〈新規申請用〉(医師が記入) (記載年月日から6か月以内のもの)	・ 複数の疾病で認定を希望する場合は、 <u>疾病ごとに医療意見書が必要です</u> 。
<input type="checkbox"/>	医療意見書の研究等への利用についての同意書	・ <u>同意書の提出は任意です</u> 。同意されない場合は、未記入の状態で御提出ください。
<input type="checkbox"/>	医療保険の所得区分についての同意書	
<input type="checkbox"/>	療養生活のおたずね	・ 両面に回答項目があります。
<input type="checkbox"/>	受診者(児童等)の加入している医療保険(健康保険)の資格情報が確認できる資料のコピー	・ A4用紙への写し(コピー)にご協力ください。 ・ 医療保険の資格情報(マイナポータルからダウンロード)や保険者または組合から交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」のいずれか、医療保険(健康保険)の資格情報が確認できるものをご提出ください。 ※国民健康保険に加入している場合は、同じ住民票上で受給者が属する国民健康保険に加入している方全員分が必要です。

2. 該当する方のみ提出が必要となる書類

	提出書類	留意事項
<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病 重症認定申請時添付書類	・ 重症認定を希望する場合に御提出ください。 身体障がい者手帳1級・2級の場合は、身体障がい者手帳の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着者申請時添付書類	・ 人工呼吸器装着者認定を希望する場合に御提出ください。
<input type="checkbox"/>	障がい者年金証書(写し) 身体障がい者手帳(写し)	・ 左記の証書又は手帳をお持ちの方は写しを御提出ください。
<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受領証(写し)	・ 血友病の方や人工透析治療が必要な慢性腎不全の方などで、特定疾病療養受領証をお持ちの方は写しを御提出ください。
<input type="checkbox"/>	特定医療費受給者証等(写し)	・ 同一世帯内の方で、小児慢性特定疾病又は指定難病の受給者がいる場合、該当者(按分対象者)の受給証の写しを御提出ください。
<input type="checkbox"/>	生活保護証明書	・ 生活保護、中国残留邦人等支援給付受給者の方は、保護証明書を御提出ください。 ・ また、生活保護等受給者で健康保険証をお持ちの方は、資格情報が確認できる資料の写しも御提出ください。

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規申請用）												受付印							
受給者番号 (記入不要)																			
(受診者 (児童))	ふりがな										年 齢		生 年 月 日						
	氏 名												平成・令和 年 月 日						
	個人番号																		
	ふりがな																		
	住 所		〒 ー																
	加入医療保険		ふりがな						受診者との続柄				記号		番号				
			被保険者氏名								記号番号								
保険者名称			<input type="checkbox"/> 宇都宮市（国民健康保険） <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 支部 <input type="checkbox"/> (健保組合・共済組合)				資格取得日		平成・令和 年 月 日										
(保護者 中及び 未成年 患者)	ふりがな										受診者との続柄								
	氏 名																		
	個人番号																		
	住 所		〒 ー								電話番号								
疾病名 (医療意見書に記載の病名から転記)																			
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									
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								<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定							
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(※)		令和 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 ()													
支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）										別紙「世帯調書」のとおり									
宇都宮市が、支給認定に必要な課税状況等を調査することに同意し、必要書類を添付のうえ、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。																			
令和 年 月 日																			
(あて先) 宇都宮市長 申請者氏名 _____																			

※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

※事務処理欄

該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得
有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

【記載例】

受付印

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規申請用）

受給者番号
(記入不要)

ふりがな

うつのみや はなこ

生 年 月 日

氏 名

宇都宮 花子

平成

〇〇年 〇〇月 〇〇日

令和

個人番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

ふりがな

〇〇〇し〇〇まち1-1

個人番号(マイナンバー)の通知カードなどから、
転記してください。

住 所

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇市〇〇町1-1

(受診者)

ふりがな

うつのみや たろう

受診者
との
続柄

父

記号

番号

記号
番号

〇〇〇

〇〇〇

加入医療保険

☐ 宇都宮市（国民健康保険）

資格取得日

平成・令和

〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者証
発行機関名☒ 全国健康保険協会 〇〇 支部

保険者番号

〇 〇

医療保険の資格情報、資格情報のお知らせ
などを確認のうえ、ご記入ください。申請日時点で受診者が18歳以上の場合は、
受診者の氏名と続柄(本人)をご記入ください。

ふりがな

うつのみや たろう

氏 名

宇都宮 太郎

受診者と
の続柄

父

個人番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

日中連絡のとりやすい電話番号をご記入ください。
(携帯電話、本人以外の連絡先も可)

住 所

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇市〇〇町1-1電話
番号

〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

(保護者及び
未成年患者)

疾病名

(医療意見書に記載
の病名から転記)

成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)

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

△△病院

□□薬局

疾病が2種類以上ある場合、
すべてご記入ください。

〇〇市〇〇町1-1

〇〇市〇〇町1-2

〇〇市〇〇町1-3

自己負担上限額の特例
(該当するものに☒)☐

高 額 か つ 長 期

☐

世 帯 内 按 分 特 例

☒

重 症 患 者 認 定

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
(※1,2)

令和〇年 〇〇月 〇〇日

【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】

- ☐
- 医療意見書の受領に時間を要したため
-
- ☐
- 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
-
- ☐
- 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため
-
- ☐
- その他

- 医療意見書の「診断年月日」が申請日から1か月前以内の場合は、「診断年月日」を記入してください。
- 「診断年月日」が申請日から1か月以上前の場合は、右欄のチェックボックスから理由を選択してください。
⇒やむを得ない理由がある(右欄に☑がある)場合のみ、申請日から最長3か月前まで遡ることができます。

令和 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

申請日時点で受診者が18歳以上の場合は、
受診者の氏名をご記入ください。

申請者氏名

宇都宮 太郎

世 帯 調 書

「受診者の属する加入保険の世帯構成（下記「注意事項」参照）」について、太枠内をご記入ください。

受診者の属する加入保険の世帯構成	世帯員名 個人番号	続柄 (※1)	生年月日	受給者 (※2)	令和7年度 市町村民税所得割額	公的年金等 収入額
		受診者 (児童)	H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
			T.S.H.R		円	
計					円	

※1 続柄は、受診者本人からみた続柄を記載してください。

※2 受診者以外で、指定難病、小児慢性特定疾病の受診者の場合には、○をつけてください。

（同意事項）

「受診者の属する加入保険の世帯構成」とは、小児慢性特定疾病医療費における支給認定基準額（自己負担額）を算出するための世帯構成となります。支給認定基準額（自己負担額）は、住民票上の世帯ではなく、受診者と同じ医療保険（健康保険）に加入する構成員の市町村民税所得割額等の課税状況によって決定されます。

宇都宮市においては、市が市町村民税所得割額等の課税状況を調査しますが、令和7年1月1日現在において、宇都宮市外にお住まいの世帯構成員がいる場合（単身赴任等）には、記載内容に基づき、支給認定に必要な市民税の課税内容に関する情報を調査させていただきます。

【記載例】

世 帯 調 書

「受診者の属する加入保険の世帯構成（下記「注意事項」参照）」について、太枠内をご記入ください。

受診者の属する加入保険の世帯構成	世帯員名 個人番号	続柄 (※1)	生年月日	受給者 (※2)	令和7年度 市町村民税所得割額	公的年金等 収入額
	宇都宮 花子 ○○○○○○○○○○○○○○	受診者 (児童)	H.R ○○. ○. ○○		円	円
	宇都宮 太郎 ○○○○○○○○○○○○○○	父	T.◎.H.R ○○. ○. ○○		円	円
	宇都宮 一郎 ○○○○○○○○○○○○○○	弟	T.S.◎.R ○○. ○. ○○	○	円	円
			T.S.H.R		円	円
			T.S.H.R		円	円
			T.S.H.R		円	円
			T.S.H.R		円	円
					円	円
				計	円	円

※1 続柄は、受診者本人からみた続柄を記載してください。

※2 受診者以外で、指定難病、小児慢性特定疾病の受診者の場合には、○をつけてください。

（同意事項）

「受診者の属する加入保険の世帯構成」とは、小児慢性特定疾病医療費における支給認定基準額（自己負担額）を算出するための世帯構成となります。支給認定基準額（自己負担額）は、住民票上の世帯ではなく、受診者と同じ医療保険（健康保険）に加入する構成員の市町村民税所得割額等の課税状況によって決定されます。

宇都宮市においては、市が市町村民税所得割額等の課税状況を調査しますが、令和7年1月1日現在において、宇都宮市外にお住まいの世帯構成員がいる場合（単身赴任等）には、記載内容に基づき、支給認定に必要な市民税の課税内容に関する情報を調査させていただきます。

小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における
医療意見書の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。

令和 年 月 日
住 所

患者氏名

※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、以下も記名してください。

代理人氏名

<医療意見書の研究利用に関するご説明>

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施を目指し、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき、医療に要する費用を支給しています。この制度の申請時に提出していただく「医療意見書」は、「小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針」に基づき、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、同意をいただいた方の「医療意見書」の記載内容をデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のための基礎資料としております。

本紙をお読みいただき、データベースに患者さんの「医療意見書」の記載内容を登録すること並びに登録情報を小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のための基礎資料として利用することに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む）へ提出してください。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

○個人情報保護について：

医療意見書を研究に利用するに当たっては、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において審査の上、以下の提供先に対して、提供することとしておりますが、患者さんを特定できないようにするため、患者さんの氏名や住所等の情報は提供されません。臨床調査研究分野の研究で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることとしております。

研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

また、データベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。

(提供先について)

- ・ 厚生労働省
- ・ 厚生労働省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 文部科学省が補助を行う研究事業を実施する者
- ・ 都道府県、指定都市、中核市
- ・ 上記以外で、厚生労働省が主催する有識者で構成される審査会において、指定難病及び小児慢性特定疾病の研究の推進のために必要であり、提供することが適切であると判断された者

○同意の撤回等について：

この研究への参加について同意をいただいた後も、登録された情報を研究機関等へ提供することについて、同意を撤回することができます。同意撤回後は、データベースに登録されている患者さんのデータが、小児慢性特定疾病に関する研究及び政策の立案のため研究機関や政府機関に提供されることはありません。ただし、すでにデータを提供している場合や提供したデータを用いた研究の成果をすでに公開している場合には、それらの情報は削除できませんので、あらかじめご了承ください。

また、患者さんが同意を撤回した後、登録されているデータを用いることで患者さん本人が利益を得られることが見込まれるような医学的進歩があった場合に、データベースに登録されている同意撤回前のデータの利用について、改めて患者さんに同意をいただく場合があります。そのような場合に備え、患者さんが同意を撤回した後、一度登録したデータはデータベースに保存され続けます。(なお、一度登録したデータをデータベースから削除することもできますが、その場合、上記のような医学的進歩があった際に、データを利用することができず、患者さんが利益を得ることが難しくなる可能性があります。その点をご理解いただいた上、一度登録したデータをデータベースから削除することを希望する場合は、厚生労働省ホームページにて詳細を確認し、必要な手続きをおこなってください。)

https://www.mhlw.go.jp/stf/nanbyou_kenkyu.html

○データベースに登録される項目：

データベースに登録される項目は医療意見書に記載された項目となります。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。患者さんを特定できないようするため、患者さんの氏名や住所といった個人情報提供されません。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

○その他：

研究では、受給者番号等によって過去のデータと紐付けを行い、患者さんの経過（どのような治療を受けて、その後の症状がどうなったか等）を把握することがあります。

(※) 同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いいたします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後、当該同意について撤回する場合においてはこの限りではありません。

同 意 書

小児慢性特定疾病に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、宇都宮市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和____年____月____日

(あて先) 宇都宮市長

患者ご本人

住 所 _____

氏 名 _____

申請者（保護者）

住 所 _____

氏 名 _____

※ 患者ご本人及び申請者（保護者）の住所、氏名の記載をお願いします。

療養生活のおたずね

(小児慢性特定疾病)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請をされるお子さんやご家族の状況をおたずねするものです。下記の事項(1.～6.)についてご記入ください。

(太枠内の該当事項の記入または該当の()に○印をつけてください。)

お子さんの 氏名		住所 電話	(TEL —)
-------------	--	----------	--------------------

1. お子さんの就学、就労状況についてお聞かせください。

() 未就学児(在宅, 保育園または幼稚園)

() 小学校または特別支援学校小学部

() 中学校または特別支援学校中学部

() 高等学校, 大学, 専門学校等

() 就労している(会社員など)

() 疾病の治療中であるなど, 就学・就労が困難

2. 家庭生活や学校生活などでお困りごとがある場合, 相談できるところがありますか。(複数可)

() ない

() ある ⇒ () 病院の医師やソーシャルワーカーなど

() 保育園, 幼稚園または学校

() 市の保健師

() その他()

3. 身体障がい者手帳や療育手帳はお持ちですか。(複数可)

() ない () ある ⇒ 身体障がい者手帳 () 級

療育手帳 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ その他())

4. 障がい福祉サービス(介護給付, 訓練等給付, 日中一時支援など。)は受けていますか。

() 受けていない(「受給資格がない」も含む)

() 受給資格はあるが, 現在サービスを利用していない

() 受けている

5. 患者会(任意団体)などに入会されていますか。

() 入会していない ・ () 入会している ⇒ 差し支えなければ患者会名をご記入ください。

()

⇒⇒⇒裏面に続きます⇒⇒⇒

() ない () ある ⇒ 内容

相談日	年 月 日	申請 疾病名		年齢	歳
【相談事項】			【区分】		
			・今回のみ ・要継続 電話 訪問 来所 その他（ ） ・関係機関紹介 （ ）		
			担当者名		

「宇都宮市医療的ケア児等福祉手当」のご案内

医療的ケア児及び小児慢性特定疾病患者を対象に、
本人及び家族の経済的・精神的負担を軽減し、
医療的ケア児等の療養生活の質の維持向上を図るため、
「医療的ケア児等福祉手当」を支給します！



1 対象者

(1) 医療的ケア児

恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠な18歳未満の子どもおよび
引き続き医療的ケアが必要な20歳未満の人

(2) 小児慢性特定疾病患者

小児慢性特定疾病の医療費支給認定（以下、「小慢」）を受けている18歳
未満の子どもおよび引き続き治療が必要な20歳未満の人（小慢申請中も
手当申請可）

※(1)(2)とも宇都宮市心身障がい者福祉手当及び宇都宮市難病患者福祉手当
の受給者は対象外

2 支給額

月額5千円

3 支給月

4月（12～3月分）・8月（4～7月分）・12月（8～11月分）

- ・ 原則、申請日の翌月分から支給
- ・ 小慢申請中受付の場合は、「小慢資格取得日」と「医療的ケア児等福祉手当申請日」のいずれか遅い方の翌月分から支給

<同時に申請しましょう>

「小児慢性特定疾病医療費」の申請と同時に、
「医療的ケア児等福祉手当」の申請書をご提出いただくと、
最短で手当が受給できます！

4 申請方法

- ・ 郵送申請：〒320-8540 宇都宮市役所 子ども政策課
- ・ 窓口申請：子ども発達センター（鶴田町）、子ども政策課（宇都宮市役所本庁舎2階）、各地区市民センター、各出張所で受付

5 その他

申請書は市ホームページ（<https://www.city.utsunomiya.lg.jp/>）

からダウンロードできます。詳細は市ホームページをご確認ください。

（トップページ＞健康・医療・福祉＞障がい者支援＞手当・助成（障がい者の方）＞
医療的ケア児等福祉手当）



<QRコード>

【問い合わせ先】

宇都宮市 子ども発達センター 交流・管理グループ
〒320-0851 宇都宮市鶴田町970番地1
TEL：028-647-4721

令和6年7月作成

医療的ケア児等福祉手当支給申請書兼同意書（兼現況届）

（あて先） 宇都宮市長

受給者番号

受給者名 （児童）	フリガナ 氏 名			
	生 年 月 日	H・R 年 月 日		
	住 所 電 話 番 号 <small>（日中連絡が可能なもの）</small>	宇都宮市 TEL — —		
（保護者又は成年患者） 申請者名	フリガナ 氏 名		受給者との 続柄	
	生 年 月 日	T・S・H 年 月 日		
	住 所 電 話 番 号 <small>（日中連絡が可能なもの）</small>	宇都宮市 TEL — —		
病 名 等				
該当するものに ☑ 認定要件	小児慢性特定疾病 医療受給の状況	<input type="checkbox"/> ① 小児慢性特定疾病医療費 受給資格あり 受給者番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ② 小児慢性特定疾病医療費 新規申請中		
	医療的ケアの状況	<input type="checkbox"/> ③ 上記①又は②に該当しないが「医療的ケア」が必要である ⇒別紙「医療的ケア状況確認書」を合わせて提出して下さい。		
振 込 口 座 <small>※通帳の写し等(口座情報が確認できるもの)を添付して下さい。 ※受給者本人名義に限る</small>		銀行・信金 農協・労金	本店・支店 出張所・支所	種別 普通
		口座番号	名義人（カタカナ）	
上記のとおり、医療的ケア児等福祉手当の受給資格の認定を請求します。 また、宇都宮市が手当の支給判定のため必要な医療的ケアの状況や小児慢性特定疾病医療受給者証の交付状況の調査をすることに同意します。 令和 年 月 日 氏名				

【子ども政策課記入欄】

受付	入力	確認	審 査 内 容
			<input type="checkbox"/> 口座名義人は受給者本人であること。（ゆうちょ銀行は口座番号に注意。）
			<input type="checkbox"/> 署名
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア・小児慢性特定疾病医療受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 難病患者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 心身障がい者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア状況確認書の確認

記載例

医療的ケア児等福祉手当支給申請書兼同意書（兼現況届）

（あて先） 宇都宮市長

受給者番号

記載不要

受給者名 （児童）	フリガナ 氏 名	ウツノミヤ タロウ 宇 都 宮 太 郎		
	生 年 月 日	R 29年 5月 10日		
	住 所 電 話 番 号 （日中連絡が可能なもの）	宇都宮市 旭1丁目1番5号 TEL 080-1234		
（保護者申請者名 又は成年患者）	フリガナ 氏 名	ウツノミヤ ハナコ 宇 都 宮 花 子	受給者との 続柄	母
	生 年 月 日	T・S・H 2年 10月 20日	受給者同一の場合は	
	住 所 電 話 番 号 （日中連絡が可能なもの）	宇都宮市 旭1丁目1番5号 TEL 080-4		
病 名 等		潰瘍性大腸炎(〇〇〇〇)		
該当するものに 認定要件 に	小児慢性特定疾病 医療受給の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ① 小児慢性特定疾病医療費 受給資格あり 受給者番号 1 2 3 4 5 6 7 <input type="checkbox"/> ② 小児慢性特定疾病医療費 新規申請中		
	医療的ケアの状況	<input type="checkbox"/> ③ 上記①又は②に該当しないが「医療的ケア ⇒別紙「医療的ケア状況確認書」を合わせて提出		
③にチェックを入れた場合には、必ず別紙「医療的ケア児等福祉手当 医療的ケア状況確認書」も提出してください。		宇都宮市 旭1丁目1番5号 銀行・信金 農協・労金	本店・支店 出張所・支所	種別 普通
※通帳の写し等（口座情報が確認できるもの）を添付して下さい。 ※受給者本人名義に限る		口座番号 2345678	名義人（カタカナ） ウツノミヤ タロウ	
上記のとおり、医療的ケア児等福祉手当の受給資格の認定を請求します。 また、宇都宮市が手当の支給判定のため必要な医療的ケアの状況や小児慢性特定疾病医療受給者証の交付状況の調査をすることに同意します。 令和 5年 7月 15日 氏名 宇都宮 花子				

【子ども政策課記入欄】

受付	入力	確認	審 査 内 容
			<input type="checkbox"/> 口座名義人は受給者本人であること。（ゆうちょ銀行は口座番号に注意。）
			<input type="checkbox"/> 署名
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア・小児慢性特定疾病医療受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 難病患者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 心身障がい者福祉手当の受給状況の確認
			<input type="checkbox"/> 医療的ケア状況確認書の確認

