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）

◎ 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。

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 療養生活のおたずね（申請者が記入）

⑥ 受診者(児童等)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(児童等)の氏名が入っているもの）

⑦ 通知カードまたは個人番号カード（※）

（※個人番号（マイナンバー）を①及び②に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，審査会で認定審査を行いますので，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自己負担して支払った場合，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

2026. 7

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
□	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。
□	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。
□	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，疾病ごとに医療意見書が必要です。
□	医療意見書の研究等への利用についての同意書	・同意書の提出は任意です。同意されない場合は，未記入の状態で御提出ください。
□	療養生活のおたずね	・両面に回答項目があります。
□	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
□	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。
□	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。
□	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。
□	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，特定疾病療養受療証をお持ちの方は写しを御提出ください。
□	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。
□	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。

別紙様式第１号

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）								

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	〒　　－			
	加入医療保険	ふりがな		受診者との続柄	記号番号：記号　番号
		被保険者氏名			
		保険者名称	□ 宇都宮市（国民健康保険） □ 全国健康保険協会　　支部 □　　（健保組合・共済組合）	資格取得日	平成・令和　　年　　月　　日
				保険者番号	

申請者（保護者及び成年患者）	ふりがな		受診者との続柄	
	氏　　名			
	個人番号			
	住　　所	〒　　－	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☑）				
	□	人　工　呼　吸　器　等　装　着	□	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（※）	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】 □ 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 〔　　〕

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

別紙様式第１号

【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）			
受診者（児童）	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・令和　○○年　○○月　○○日
	個人番号	○○○○○○○○○○○○	
	ふりがな	○○○し○○まち１－１	
	住所	〒○○○－○○○○ ○○○市○○町１－１	
	加入医療保険	ふりがな：うつのみや　たろう 被保険者氏名：宇都宮　太郎 受診者との続柄：父 記号番号：記号 ○○○　番号 ○○○ 被保険者証発行機関名：☐ 宇都宮市（国民健康保険）　☑ 全国健康保険協会　○○　支部　☐ 健保組合・共済組合） 資格取得日：平成・令和　○年　○○月　○○日 保険者番号：○○○○○○○○	
申請者（保護者及び成年患者）	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	○○○○○○○○○○○○	
	住所	〒○○○－○○○○ ○○○市○○町１－１	電話番号：○○○(○○○)○○○○
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	○○市○○町１－１	
	☐☐薬局	○○市○○町１－２	
		○○市○○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○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】 ☐ 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	

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。

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。

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）

疾病が2種類以上ある場合，すべてご記入ください。

該当するか不明な場合は，記入不要です。（該当される方は，受付後，市で追記いたします。）

- 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 ○ 年 ○○ 月 ○○ 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８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	
				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，〇をつけてください。

（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８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
				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。

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における
医療意見書情報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、下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　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、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪　本同意書に関する説明　≫

　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や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

　これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

　本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用され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、中核市又は児童相談所設置市（特別区を含む）へ提出ください。

　また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

　なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

≪ データベースに登録される情報と個人情報保護 ≫

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。

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

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等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になります。

≪ データベースに登録された情報の活用方法 ≫

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査

②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究

③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

≪ 同意の撤回 ≫

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、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、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

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（）に〇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，相談できるところはありますか。（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⇒⇒⇒

6. 本市の保健師に健康についてなど相談したいことはありますか。

（　　）ない　（　　）ある ⇒ 内容

（　　）

※ ご相談内容に応じ，後日ご連絡させていただきます。

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

⑴　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

⑵　**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）

※⑴⑵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

＜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！

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

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
℡：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 （日中連絡が可能なもの）	宇都宮市 TEL　　－　　－		
申請者名（保護者又は成年患者）	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 （日中連絡が可能なもの）	宇都宮市 TEL　　－　　－		
病名等				
認定要件（該当するものに☑）	小児慢性特定疾病医療受給の状況	□ ① 小児慢性特定疾病医療費　受給資格あり 受給者番号 □□□□□□□ □ 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	□ 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 ※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		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
			□ 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。）
			□ 署名
			□ 医療的ケア・小児慢性特定疾病医療受給状況の確認
			□ 難病患者福祉手当の受給状況の確認
			□ 心身障がい者福祉手当の受給状況の確認
			□ 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	(H)・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－		
申請者名（保護者又は成年患者）	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		
	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（○○○○）		
認定要件（該当するものに☑）	小児慢性特定疾病医療受給の状況	☑ ①小児慢性特定疾病医療費　受給資格あ 受給者番号 1 2 3 4 5 6 7 ☐ 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	☐ 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		
		宮 (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	

申請日時点で受給者が18歳以上の場合は，受給者氏名と続柄（本人）を記入

受給者と同一の場合は

認定用件③の方は，病名の後に括弧して「人工呼吸器」「気管内吸引」などを追記

小児慢性特定疾病医療費受給者は，医療受給者証に印字されている「疾病名」を転記（疾病が2種類以上ある場合は全て転記）

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。

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
			☐ 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。）
			☐ 署名
			☐ 医療的ケア・小児慢性特定疾病医療受給状況の確認
			☐ 難病患者福祉手当の受給状況の確認
			☐ 心身障がい者福祉手当の受給状況の確認
			☐ 医療的ケア状況確認書の確認