

埼玉県指定難病継続申請 受付チェックシート

K・高

1	申請書	あり・なし					受付																												
	受給者番号		疾患番号	主	副1	副2		副3																											
	フリガナ氏名					保健所																													
2	上限月額管理票のコピー	あり・なし					手紙																												
	▶該当に○：該当なし・軽特あり・高額長期		受付月と対象期間																																
	受理日： <table border="1"> <tr> <td>6月</td> <td>7月</td> <td>8月</td> <td>9月</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>(R5年) 7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>(R6年) 1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> </table> 軽特該当は△、高額該当は○で該当月を囲む	6月	7月	8月	9月				↓	↓	↓	↓	↓	↓	(R5年) 7	8	9	10	11	12	(R6年) 1	2	3	4	5	6	<table border="1"> <tr> <td>6月受付</td> <td>R5.7～R6.6</td> <td>8月受付</td> <td>R5.9～R6.8</td> </tr> <tr> <td>7月受付</td> <td>R5.8～R6.7</td> <td>9月受付</td> <td>R5.10～R6.9</td> </tr> </table>	6月受付	R5.7～R6.6	8月受付	R5.9～R6.8	7月受付	R5.8～R6.7	9月受付	R5.10～R6.9
6月	7月	8月	9月																																
↓	↓	↓	↓	↓	↓																														
(R5年) 7	8	9	10	11	12																														
(R6年) 1	2	3	4	5	6																														
6月受付	R5.7～R6.6	8月受付	R5.9～R6.8																																
7月受付	R5.8～R6.7	9月受付	R5.10～R6.9																																
3	住民票	あり・なし					不備																												
	「世帯全員」の記載	あり・なし																																	
本人の保険種別		該当に○ → → →	社保	国組	国保	後期	生保																												
4	保険証のコピー	完了・不足	本人	本人 他			生活保護受給証明書(受給証は不可)																												
	保険証提出必要者提出されていれば○、不足は×	同一世帯で同じ保険に加入している人全員分																																	
	不足がある場合提出不足者に○	本人・配偶者・子()名・他()																																	
5	課税証明書	完了・不足	被保険者(※低証の場合+本人分も)	保険証提出必要者と同じ分(中学生以下は注意)			不要																												
	令和6年度であること →	OK・×																																	
	課税証明書提出必要者提出されていれば○、不足は×	本人・配偶者・子()名・他()																																	
6	臨床調査個人票	あり・なし					✓																												
	申請書に記載されている疾患と同じものが提出されているか																																		
	→ 異なる疾患、別の疾患がある場合 提出された疾患番号																																		
	記載年月日が6か月以内か																																		
	指定医番号の記載があるか(左から3個目がアルファベット(S,T,C)であること)																																		
	人工呼吸器装着者の該当(記載がある場合別紙参照)						あり・なし																												
申請内容に変更	あり・なし	→ 変更内容： 住所・氏名・送付先・保険証・疾患・高額長期・人工呼吸器・按分																																	
不備内容等備考																																			