

医療費支給認定基準世帯員 (受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名 (受診者との続柄)	個人番号	患者と同一 (保険) 世帯内に、指定難病及び小児慢性特定疾病の患者が居る場合は、改めてこちらの欄に該当する方の氏名・受診者との続柄を記載し、該当する制度に☑をつけて受給者番号を記載してください。 また、ここに記載する必要がある場合は、表面の「自己負担上限額の特例」の「世帯内按分特例」にも忘れずに☑をつけてください。
	香川 一郎 (父)	○○○○○○○○○○○○○○	
	香川 花子 (姉)	○○○○○○○○○○○○○○	
	香川 咲子 (妹)	○○○○○○○○○○○○○○	
	()	()	

(受診者と生計を一にする者) が指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者である場合は、次の欄に記入すること。

氏 名	受診者との続柄		
香川 花子	姉	<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号: 0000000)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)
香川 咲子	妹	<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input checked="" type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号: 041234)
		<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)

疾病の状態の程度を満たしていると診断された日 (新規の場合に記入)	令和〇〇年〇〇月〇〇日
診断された日から1月以内に申請を行わなかった場合の理由 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に日数を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、必要書類の準備に日数を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害によって被害を受けたことにより、必要書類の準備に日数を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()	

医療意見書に記載されている診断年月日を記入してください。 また、診断された日から1月以内に申請を行わなかった場合は、 <u>該当する理由に忘れずに☑をつけてください。</u>	保健所記入欄		
	保健所受付印	保健所長の意見	
		生保	自己負担上限額 特例等
		低 I	
		低 II	
		般 I	
般 II			
上位			

- (注)
- 「新規・更新」の部分は、いずれかを○で囲むこと。
 - ※印の欄は、該当するものを○で囲むこと。
 - については、該当するものに「レ」を記入すること。
 - 「指定難病の医療費助成対象者」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律 (平成26年法律第50号) 第7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者をいう。
 - 「小児慢性特定疾病の医療費助成対象者」とは、法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等をいう。
 - 「※登録者証申請」欄の「申請する」を選択した場合、市町がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがある。

収入申告欄 (医療保険上の世帯における市町村民税が非課税の場合のみ (前年の収入額))

※前年の障害年金や特別児童扶養手当等の受給について記入してください。

収入の種類	年間収入額
特別児童扶養手当	598,800 円
	円
	円

医療保険上の世帯において、市町村民税が非課税である場合は、受給している年金・手当等についてご記入いただき、受給額が確認できる書類 (のコピー) をご提出いただく必要があります。