

支給認定基準世帯員 ※受診者と同じ医療保険に加入する被保険者	フリガナ ①氏名	続柄	本人	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()								
	(個人番号)											
	フリガナ ②氏名	続柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()								
	(個人番号)											
	フリガナ ③氏名	続柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()								
	(個人番号)											
フリガナ ④氏名	続柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()									
(個人番号)												
フリガナ ⑤氏名	続柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()									
(個人番号)												
フリガナ ⑥氏名	続柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()									
(個人番号)												
上記のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者(受診者本人が別の疾病で指定難病を受給している場合も含む)	<input type="checkbox"/> いる-(氏名) / <input type="checkbox"/> いない <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">公費負担者番号</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%;">受給者番号</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>按分対象者が受診者と同一の場合</td> <td>疾病名</td> <td colspan="2">※該当する場合は、受給者証の写しの添付をお願いします。</td> </tr> </table>				公費負担者番号		受給者番号		按分対象者が受診者と同一の場合	疾病名	※該当する場合は、受給者証の写しの添付をお願いします。	
公費負担者番号		受給者番号										
按分対象者が受診者と同一の場合	疾病名	※該当する場合は、受給者証の写しの添付をお願いします。										
重症患者基準に適合する者	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」の添付をお願いします。											
高額な医療が長期的に継続する者(新規を除く)	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし ※該当する場合は、「重症患者認定申請書」「医療費申告書」「領収書」等の添付をお願いします。											
人工呼吸器等の装着	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし ※該当する場合は、「人工呼吸器等装着者申請時添付書類」の添付をお願いします。											

※1・・・(2)については、世帯員全員が非課税の場合のみ、昨年1年間の収入額等をご記入ください。
収入には、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当なども該当します。

尼崎市長 あて 私は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定について、この申請書に記載のとおり申請します。 なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 申請者氏名 </div>
厚生労働大臣 様 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データが小児慢性特定疾病等の治療研究等、慢性疾病にかかっている児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、研究に利用されることに同意します。 ※同意においては、【医療意見書の研究利用に関するご説明】をご確認ください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 患者署名 </div> <p>※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。</p> <div style="text-align: right;">代理人署名</div>