

公費負担者番号	5	2	1	4				
受給者番号	/							

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・継続）

(※1)

受診者	フリガナ		年 齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名				年 月 日		
	個人番号						
	フリガナ						
	住 所	〒	—	電 話			
	加入医療保険	被 保 険 者 氏 名				受診者との続柄	
		保 険 者 番 号			記号・番号		
		保険者名					
被保険者の住民税の課税自治体	都・道 府・県		市・区 町・村		1月1日に被保険者の住民票があった自治体を記載してください。 (1月1日時点で横浜市にお住まいでしたら記載は不要です。) ※2		
申 請 者	フリガナ				受診者との 関 係		
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ				電話番号 (※3)		
	住 所 (※3)						
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"/>	重 症 患 者 認 定		<input type="checkbox"/>	生活保護受給 (市外で受給している・していた場合も含みます)		
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる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				有 (氏名)) ・ 無			
疾病名							
受診を希望する 小児慢性特定疾病 指定医療機関	医 療 機 関 名			所 在 地			
受給者番号 (※4)	登録者証申請			申請する ・ 申請しない			
				登録者証の申請を希望する場合で、書面交付を希望する場合に☑		<input type="checkbox"/>	
申請日の前月1日より遡って医療費給付を開始したい場合にチェックしてください。 ※5	<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 []						
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。 申請者氏名 年 月 日 横浜市長 殿							

(裏面あり)

- ※1 新規・継続のいずれかに○をする。
- ※2 1～6月に治療開始：前年の1月1日、7～12月に治療開始：当年の1月1日
- ※3 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※4 継続の方のみ記入。
- ※5 申請が行えなかったやむを得ない理由がない場合（申請忘れ等）は前月1日より遡ることはできません。

支給認定基準世帯員（※6）（受診者と同じ世帯で同じ医療保険に加入する家族の方）

世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			
世帯員氏名		受診者との続柄	
個人番号			

支給認定基準世帯員（受診者別住所で同じ医療保険に加入する家族の方）（課税証明の添付が必要なことがあります）

住所		世帯員氏名		受診者との続柄	
		個人番号			
住所		世帯員氏名		受診者との続柄	
		個人番号			

所得調査同意欄

小児慢性特定疾病医療費申請にともなう所得基準判断のため、世帯員全員の市民税課税内容について調査することに同意します。

申請者氏名

年 月 日

横浜市長 殿

市民税所得割合合計額確認欄

当該年分の市民税所得割合の合計額は251,000円以上ですか

はい いいえ (※7)

※「はい」の場合は、市民税課税証明及び、上欄同意書名は不要です。

※6 「世帯員」とは、受診者(対象児童)と同じ保険に加入している方のことです。

※7 当該年度の市民税所得割合の合計額が251,000円以上の場合、世帯構成に関わらず、所得証明の添付及び、市税内容調査署名は不要です。