

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					生年月日	
	氏名			性別	男・女	年齢	歳
	個人番号					年 月 日	
	フリガナ					電話	
	住所	〒 -					
	加入医療保険	被保険者氏名					受診者との続柄
保険者番号				被保険者証の記号・番号			
被保険者証発行機関名							
申請者	フリガナ					受診者との関係	
	氏名						
	個人番号					電話番号(※2)	
	住所(※2)						
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"/>			
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(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			
受給者番号(※3)							
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							

※1 新規・継続のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 継続の方のみ記入。

(裏面あり)

支給認定基準世帯員（※1）（受診者と同じ世帯で同じ医療保険に加入する家族の方）（課税証明の添付を省略できることがあります）

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			
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 (※2)

年 月 日

横浜市長 殿

市民税所得割合計額確認欄

当該年度の市民税所得割額の合計額は251,000円以上ですか

はい いいえ (※3)

※「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。

※1 「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。

※2 申請の際、支給認定基準世帯員全員の住民税課税証明書の添付が必要ですが、住民税賦課期日（治療開始日が1月～6月の申請の時は前年1月1日、7月～12月の申請の場合は今年の1月1日）に横浜市に居住し、期限内に確定申告又は年末調整を済ませた方は、ここに記名していただくことで、省略することができます。

※3 当該年度の市民税所得割額の合計額が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。