

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請 世帯調書

下記の者について記入してください。 (注) ☐ のみ記入してください。
○受診者
○申請者
○受診者と同じ医療保険に加入する者全員(同居・別居を問わず)

※ マイナンバーの記載が必要な方
(1) 申請者 (2)児童
(3) (2)の児童と同じ医療保険に加入している下記の者
・市町村国保・国保組合…世帯員全員
・上記以外の医療保険…被保険者のみ

※ 前回申請時等に、マイナンバーを提出している方は、記載する必要はありません。

氏名・個人番号	受診者との続柄	指定難病と小児慢性特定疾病の医療費助成		不開示設定※2 (希望の場合○印)
	住民税算定 根拠となる 住所※1	有 無	種別	
(受診者)	本人	有(受給者番号)	難病	
(個人番号)		申請中		
		無		
(申請者)		有(受給者番号)	難病	
(個人番号)		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		
(個人番号)		有(受給者番号)	難病	
		申請中		
		無		

点線より右・下側は記入しないでください。(保健所が記載します)

保険種別(被用者保険 ・ 国保 ・ 国保組合)				
支給認定 世帯	非課税	収入額 (非課税の 場合に記入)	均等割 のみ	所得割額
○				

※1 1～6月に申請書が受理される場合…前年の1月1日時点の住所地(市町村名)
7～12月に申請書が受理される場合…当該年の1月1日時点の住所地(市町村名)
※2 マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方はチェックボックスに○印を記入してください。
記入いただいた場合、不開示申出書(別紙様式第17号)を提出いただき、不開示設定を行います。

【階層区分の判定】 ※支給認定世帯の世帯員の合計で判定

		該当する階層に○	判定基準
○生活保護		I (A)	—
○血友病等疾患		I (A)	—
○非課税	申請者の収入金額 円	II (B1)	収入金額 826,500円未満
		III (B2)	収入金額 826,500円以上
○均等割のみ	所得割額の合計 円	IV (C1)	所得割額合計 71,000円未満
		IV (C1)	所得割額合計 71,000円未満
○所得割あり	所得割額の合計 円	V (C2)	所得割額合計 71,000～250,999円
		VI (D)	所得割額合計 251,000円以上

【特例の有無】	
人工呼吸器	
重症患者認定	
高額治療継続	
世帯内按分	

《 支給認定世帯 》
受診者及び受診者の加入する医療保険の被保険者
(被保険者…被用者保険・被用者、市町村国保・国保組合・加入者全員)

【世帯内按分】
患者本人の負担上限額×(世帯で最も高い者の負担上限額/世帯における負担上限額の総額)

《 自己負担上限額 》 * 高額治療継続は重症に該当

	一般	重傷	人工呼吸器
I (A)	0円	0円	0円
II (B1)	1,250円	1,250円	500円
III (B2)	2,500円	2,500円	500円
IV (C1)	5,000円	2,500円	500円
V (C2)	10,000円	5,000円	500円
VI (D)	15,000円	10,000円	500円

自己負担上限額

円