

小児慢性特定疾病

医療費支給認定申請書（新規・変更・継続）

受付印

受診者	公費負担番号		現在の受給者番号	
	マイナンバー			
	疾病名			
	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年 月 日
	住所		電話	
	加入医療保険	被保険者氏名		受診者との続柄
	保険者名・番号 (保険種別)		被保険者証の 記号・番号	

※神戸市  
チェック欄

支給認定 基準世帯員	フリガナ	受診者 との続柄	生年月日	住所(1月1日時点)	(※神戸市記入欄) 市民税所得割額
	氏名		マイナンバー		課税・非課税 円
※受診者と同じ医療保 険に加入する被保険者			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円
			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円
			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円
			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円
			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円
※住所：旧住所地 1月1日時点(1~5 月申請分は前年、6~ 12月申請分は本年)の 住所地が現住所と異な る場合にのみ記入			年 月 日	市・区・町・村	課税・非課税 円

市民税非課税世帯の場合	保護者(複数いる場合、収入の高い方)の収入額(年金等※を含む)	円
	※障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害児手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等を含む収入額を記入ください。(年金・手当等の年額がわかる書類を提出ください。)	

自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例
------------	--

世帯内按分者(患者と同じ健康保険に加入する者の中に指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している者)がいる場合	難・小(氏名 受給者番号 ) ※受給者証の写しを添付してください。
---	--------------------------------------

上記及び裏面のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)を申請します。なお、当事業の申請に必要な住民票記載事項、私の収入及び世帯に属する市民税等を神戸市が確認することに同意します。

(申請者) 氏名 (受診者との続柄 )

令和 年 月 日 マイナンバー  
住所 〒  
神戸市長 宛 神戸市

TEL - -

【本庁記入欄】

基準額 [所得割課税年額]	円	区分：Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ	重症・高長・人呼・血友病・按分
(非課税の場合) 合計所得金額	円		按分特例 ( 円)

受療医療機関	病院・診療所	①	名称		TEL	
			所在地			
		②	名称		TEL	
			所在地			
		③	名称		TEL	
	所在地					
	④	名称		TEL		
		所在地				
	⑤	名称		TEL		
		所在地				
	薬局	①	名称		TEL	
			所在地			
		②	名称		TEL	
	所在地					
	③	名称		TEL		
		所在地				
	訪問看護事業所等	①	名称		TEL	
			所在地			
②	名称		TEL			
	所在地					
小児慢性特定疾病手帳		<input type="checkbox"/> 交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付を希望しない <input type="checkbox"/> 再交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付済 ※自己負担限度額管理票は毎年更新申請時に再度交付いたします。(自己負担額0円の者を除く)				

**【区・支所記入欄】**

申請者本人確認 <input type="checkbox"/>	来庁者が申請者と異なる場合 委任状確認 <input type="checkbox"/> 及び 代理人本人確認 <input type="checkbox"/>
本人確認書類（1点）写真の表示のある身分証明書 マ <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （                      ）	（2点）公的機関から発行された氏名・生年月日または住所が確認できる書類 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （                      ）