

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

令和 年 月 日										
(あて先) 横須賀市長										
受 診 者	フリガナ 氏 名						生年 月 日	平成・令和 年 月 日 (歳)		
	受給者番号									
	居 住 地	〒								
申 請 者 (保 護 者)	フリガナ 氏 名						受診者との 続柄	父・母 その他 ()		
	居 住 地	〒 (受診者と異なる場合に記入)					連 絡 先 ※日中つながり やすい番号をご 記入ください。	自宅 (父・母・その他)の携帯		
変更申請事項 (変更がある箇所のみ記載し、必要な資料を添付してください)										
指定医療機関に 関する事項	医療機関等の名称					所在地・電話番号				
	追加 抹消						電話			
	追加 抹消						電話			
	追加 抹消						電話			
小児慢性特定疾病の 名称 (追加・変更) に関する事項										
階層区分に 関する事項		生保 低 I 低 II 一般 I 一般 II 上位								
自己負担上限月額 の特例に関する事項	重症患者認定	該当・非該当		人工呼吸器等装着			該当・非該当			
	高額かつ長期	該当・非該当		世帯内按分特例 (該当の場合は下欄に対象者を記入)			該当・非該当			
	世帯内按分特例の対象者 (受診者と同じ世帯内 で、指定難病・小児慢性 特定疾病の受給・申請が ある人。本人の指定難病 を含む)	指定難病	氏名				受給者 番号			
		小児慢性	氏名				受給者 番号			
自己負担上限月額の変更に関する申請をするときは、裏面の世帯調書を記入してください。										
小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な市税等に関する情報を調査することについて承諾します。										
令和 年 月 日 氏名 (申請者)										
備考							収受印			

医療費支給認定基準世帯員（兼世帯調書）

- ・住民票上の世帯員の各項目について、記入してください。ただし、住民票が別でも、受診者本人と同じ医療保険に加入している人がいるときは、その人についても記入をしてください。その場合、「同居・別居の別」の「別居」を○で囲み、備考欄に住所を記入してください。
- ・個人番号の記入が必要な人は、以下のとおりです。
「国民健康保険・国民健康保険組合」に加入しているとき → 同じ保険に加入する世帯員の分
「社会保険」に加入していて、受診者・申請者以外の方が被保険者であるとき → 被保険者の分

フリガナ 氏 名												続柄	生年月日	医療保険が 受診者と 同じ・異なるの別	同居 別居 の別	市町村民税 課税・非課 税の別	公的年金 等の受給 ※
個人番号（必要な人のみ）																	
受診者												本人	平成・令和 年 月 日	—	—	課 税 非課税	—
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						
申請者													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	あり なし
*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*						
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
													昭和・平成・令和 年 月 日	同じ 異なる	同居 別居	課 税 非課税	—
備考																	

※公的年金等とは、遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、障害に対する公的補償（労働災害補償等）等を指します。

<事務処理欄>

基準世帯員	所得割額	手当等収入額	既 原	I 生保 血友病	II 収入< 82万 6,500円	III 収入≥ 82万 6,500円	IV 税額< 7.1万円	V 7.1万円 ≤税額< 25.1万円	VI 税額> 25.1万円
			備考						
合 計									