

様式第4号（第3条の2関係）

(表)

小兒慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新・変更）

[illegible]

備考 必要に応じ、医療意見書を記載した受療医療機関に対し、医療意見書の記載事項を確認し、又は受給者証等の記載事項を連絡することがありますので、あらかじめ御了承ください。

(裏)
世帯調書

記入上の注意

同じ医療保険に加入している世帯員（本人を含む。）について記入してください。

支給認定基準世帯員	氏 名	受診者との続柄	生年月日	被保険者本人・被扶養者の別 (国保は記入不要)	税 額
	個人番号				
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
					合計

保健所記入欄

所得確認書類	市県民税証明書 市県民税課税台帳 その他収入を証明する書類（ ）					
該当する所得区分	生活保護（０１）・低所得Ⅰ（０２）・低所得Ⅱ（０３）・一般所得Ⅰ（０４）・一般所得Ⅱ（０５）・上位所得（０６）・血友病（０７）					
自己負担上限額の特例 （該当するものにレ印）	☐	世帯内按分特例			☐	重症患者認定
	☐	高額かつ長期			☐	人工呼吸器等装着
備考					自己負担額	円