

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

- 受診者と同じの医療保険に加入する者（被保険者証の記号・番号が受診者と同じかた）全員を記入してください。同居・別居は問いません。
- 受診者が国民健康保険に加入している場合であって、次に掲げる者が後期高齢者医療に加入している場合は、健康保険が異なりますが、同一の支給認定世帯とみなすため記入してください。
 - 受診者が18歳未満の児童の場合、申請者
 - 受診者が18歳以上の成年患者の場合、満18歳到達前に当該成年患者の申請者であった者で、満18歳到達後においても同様の関係にあると認められるもの
- 個人番号は、受診者及び受診者と同じの健康保険に加入する者のうち、被保険者（2の後期高齢者医療の被保険者を含む）のみ記入してください。

| 世帯員氏名 個人番号 | 住所 (受診者と異なる場合に記入) | 受診者との続柄 | 生年月日 | 小児慢性又は指定難病受給者は該当するものにチェックし、受給者番号を記入（申請中を含む。） | 個人番号を照会することに同意する場合にチェック（注7） | 事務処理欄 |
|---------------|----------------------|---------|------|--|-----------------------------|--|
| | | 本人 | | <input type="checkbox"/> 指定難病 (今回申請する小児慢性 疾病以外の指定難病) | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 小児慢性 () <input type="checkbox"/> 指定難病 () | <input type="checkbox"/> | 1/1所在地 <input type="checkbox"/> 川口市 <input type="checkbox"/> 市外() 均・所() 扶 |
| | | | | | 均・所 合計額 | |

以下に該当する場合は、該当する項目にチェックし申請者氏名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伴う階層区分の判定にあたって、支給認定世帯全員の収入の状況、課税状況、生活保護受給状況その他の支給の認定に必要な情報について、川口市が公簿等により確認し、又は関係機関に照会することに同意します。
- 支給認定世帯が海外在住等により所得状況等を証明する書類の提出が困難なため、自己負担上限額の階層区分が上位所得になることを承諾し、証明する書類は提出しません。（加入する医療保険が国民健康保険組合の場合は省略できません。）
- 市町村民税が非課税の場合（非課税証明書等の提出が必要）で申請者の「収入」が80万円を超えるため、自己負担上限額の階層がⅢとなることを承諾し、各種年金・特別児童扶養手当等の証明書は提出しません。

申請者氏名

申請に関する連絡先及び送付先（申請者以外の場合に記入してください。）

| | | | |
|------|--|---------|--|
| フリガナ | | 受診者との続柄 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ 郵便番号 | 電話番号 | |

(注1) 必ず保護者（原則として被保険者、川口市国保健康保険・国民健康保険組合の場合は扶養者）または成年患者が申請してください。保護者が記載した場合は、受給者証に保護者として記載されます。保護者が受診者と別住所の場合やその他記入に迷う場合は健康増進課にご相談ください。

(注2) 複数の疾病がある場合は全て記入してください。疾患群の異なる疾病や同じ疾患群でも治療内容の異なる疾病については疾病毎の医療意見書の提出が必要です。

(注3) 「申請する」を選択した場合、市区町村が個人番号を用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

(注4) 小児慢性特定疾病医療費の支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日（ただし遡り期間は原則申請日から1月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3月前）の同じ日まで遡って申請することが可能です。

(注5) 継続申請の場合は、原則記入不要です。

(注6) 特例に該当する場合は、証明する書類を提出してください。

(注7) 個人番号を川口市が公簿等により照会することに同意する場合はチェックしてください。