

記入見本 (継続申請)

令和6年1月1日時点で神戸市に住民登録がない方のみ記入

医療意見書の病名を記入

(新規・変更・**継続**)

○で囲む

※裏面も必ずご記入ください

※変更の場合 (保険・住所・氏名・その他 ())

公費負担番号	5	2	2	8	8	0	2	4	現在の受給者番号	0	5	4	3	2	1	0	
疾病名	甲状腺機能低下症							マイナンバー (※1)									
フリガナ	チュウオウ スミレ							年齢	生年月日								
氏名	中央 すみれ							2 歳	令和 4 年 4 月 1 日								
住所	神戸市中央区加納町6丁目5-1							電話	078-123-4567								
受診者の加入医療保険	被保険者氏名	中央 すみれ							受診者との続柄	本人							
	保険者名称	神戸市 (中央区)							被保険者証の記号・番号	123 456789							
	保険者番号	0612345															

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		
※被用者保険の場合は、被保険者のみ 国保・国保組合の場合は、受診者と同じ医療保険に加入する世帯員全員 ※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のみ記入	チュウオウ イチロウ	父	昭和50年1月1日	市・区・町・村	令和6年1月1日時点の住民票住所が神戸市以外の場合、住所を記入
	中央 一郎				
	チュウオウ ハナコ	母	昭和50年4月1日	市・区・町・村	
中央 花子					
チュウオウ スミレ	本人	令和4年4月1日	市・区・町・村	課税・非課税	
中央 すみれ					

- ①被用者保険の方は、被保険者のみを記入
- ②国保・国保組合の方は、同じ保険に加入する世帯員全員を記入

支給認定基準世帯員が非課税の場合、申請者の合計収入金額を記入

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添付ください。)		

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	難病 (氏名 中央 花子 受給者番号 0511111) ※受給者証の写しを添付してください。

小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 (※2, 3)	年 月 日 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出が遅れたため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出が遅れたため <input type="checkbox"/> その他 ()
---	---

同一世帯内に指定難病又は小慢受給者がいる場合記入し、受給者証のコピー添付

当てはまる場合はチェックし、必要書類を添付

病医療費の支給 (変更) を申請します。なる市民税等を神戸市が確認することに同意

日中つながりやすい連絡先を記入してください。

令和 6 年 8 月 10 日	(申請者氏名・受診者との関係)	中央 一郎	・ 父
受診者が18歳以上の場合は本人氏名			

申請日時点で、 受診者が18歳未満の場合：保護者の氏名 受診者が18歳以上の場合：受診者の氏名	650-8790 神戸市中央区加納町6丁目5-1	(電話番号) 078 - 123 - 4567
---	-----------------------------	----------------------------

受療医療機関の変更		<input type="checkbox"/> 変更なし ※前回申請時から変更がない場合は受療医療機関欄への記入は不要。				
受療医療機関	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所等	①	名称	(追加) 兵庫県立こども病院	前回申請時より受療医療機関に変更がない場合、チェックをつける。	300
		所在地	神戸市中央区港島南町 1-6-7			
		②	名称	(削除) 三宮診療所	TEL	123-4567
		所在地	神戸市中央区三宮△-△-△			
		③	名称	(削除) ○○薬局 ハーバーランド店	TEL	234-578
		所在地	神戸市中央区港島南町○-○-○			
④	名称	前回申請時より変更のあった(追加・削除)小児慢性特定疾病で利用する医療機関を全て記入してください。 ・神戸市内の指定医療機関・薬局は神戸市ホームページで確認いただけます。 ・記入欄が足りない場合は、コピーいただくか、神戸市のホームページよりダウンロードいただき、ご使用ください。				
所在地						
⑤	名称					
所在地						
⑥	名称	手帳交付の意向を記入				
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 checked="" type="checkbox"/> 交付済 ※自己負担限度額管理票は毎年継続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)				
登録者証の発行(※4)		<input type="checkbox"/> 申請しない				

- ※1 継続申請時は、申請年1月1日時点で神戸市に住民登録がない方のみ記入
- ※2 小児慢性特定疾病医療費の支給開始年月日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていることを診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1か月前(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か月前)の同じ日まで遡って申請することが可能。そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。
- ※3 継続の場合は、原則記入不要。
- ※4 登録者証を発行する場合、市区町村がマイナンバー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る。

【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) 合計収入金額	円		按分特例 (円)

【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"/> ()		