

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書2枚目(世帯調書)

下記の太枠内に、患者本人と同じ健康保険に加入する人(生活保護の場合は世帯員)全員を記入してください。

太枠内のみ記入してください

	世帯員氏名	続柄	年齢	生年月日		市民税所得割額(非課税世帯の場合は年収) ※豊中市使用欄
				個人番号(12ケタ)		
医療費支給認定基準世帯員	(患者本人)	受診者本人		生年月日	年 月	個人番号(マイナンバー)
	フリガナ		個人番号			
	(申請者(保護者))	本人の		生年月日	年 月 日	
	フリガナ		個人番号			
		本人の		生年月日	年 月 日	
	フリガナ		個人番号			
	本人の		生年月日	年 月 日		
フリガナ		個人番号				
特例	【 新規・転入の方へ 】 以下の方は、(非)課税証明書の提出が必要となります。 ア. 市町村民税非課税の方で、被用者保険(協会けんぽ・〇〇健康保険組合、〇〇共済組合など)にご加入の方(豊中市国保は含みません) →被保険者分 イ. 業種別国民健康保険組合(医国、歯国、建国、税国など)にご加入の方 → 加入者世帯全員分 ※16歳未満で無収入の方については申立書を提出していただくことにより省略できます。 ウ. 被保険者が単身赴任等の理由で、豊中市での課税状況が確認できない方					
区分						

「続柄」は受診者本人からみたものを記入してください

【 新規・転入の方へ 】

以下の方は、(非)課税証明書の提出が必要となります。

ア. 市町村民税非課税の方で、被用者保険(協会けんぽ・〇〇健康保険組合、〇〇共済組合など)にご加入の方(豊中市国保は含みません) →被保険者分

イ. 業種別国民健康保険組合(医国、歯国、建国、税国など)にご加入の方 → 加入者世帯全員分
 ※16歳未満で無収入の方については申立書を提出していただくことにより省略できます。

ウ. 被保険者が単身赴任等の理由で、豊中市での課税状況が確認できない方

ここより下は、市町村民税非課税の方のみ記入してください。

市町村民税非課税世帯で申請者の収入が80万円以下の場合は障害年金等(※1)や特別児童扶養手当等(※2)の受給状況がわかる書類を提出してください

なお、収入が80万円以上ある場合はそれらの書類の提出の有無に関わらず、自己負担上限月額決定のための階層区分はⅢ(2500円)になります。

3つのチェック欄のうち、いずれかに☑を付けてください(非課税の方のみ)

【収入に係る申し立て欄】

該当する欄に☑を付けてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	障害年金等(※1)・特別児童扶養手当等(※2)の収入はありません。
<input type="checkbox"/>	障害年金
<input type="checkbox"/>	障害年金の階層区分

市税非課税の方は、階層区分が2段階(Ⅱ・Ⅲ)に分かれるため、年金・手当等の収入を含めた合計収入が、年間80万円未満か80万円以上かを確認する必要があります。

→年金・手当等の年間受給額が確認できる書類(通知書など)を提出してください。

※1；障害年金等、障害一時金補償、障害補償
 ※2；特別児童扶養手当

※年間80万円以上であることが明らかな場合は、上から3番目のチェック欄に☑を入れてください。この場合、年金・手当収入の証明書類の提出は必要ありません。(階層区分はⅢになります)

以上の内容について相違ないことを申し立てます

健康保険の被保険者等(非課税の方のみ記入)

申請者氏名
(被保険者)