

記入例

医療費(育成医療)支給

「鉛筆」や「消せるボールペン」は使用しないでください！

受給者番号 (新規・転入は記載不要)		0	5	6	7	8	9	0	[新規 ・ 転入 ・ 再認定 ・ 変更] いずれかに○をつけてください。						
受診者	ふりがな	ケンコウ モモコ						年齢	生 年 月 日						
	氏 名	健康 桃子						0 歳	令和 2年 1月 1日						
	住 所	〒 700 - 8546 岡山市 北 区 鹿田町1-1-1保健福祉会館2階健康づくり課													
	個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	身体障害者手帳番号	123456
保護者	ふりがな	ケンコウ タロウ						受診者との続柄							
	氏 名	健康 太郎						ⓧ ・ 母 ・ その他()							
	住 所	〒 - 岡山市 区 ※受診者と同様の場合は記入不要													
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	電 話 番 号	(×××) △△△△ - ○○○○
負担額に関する事項	加入医療保険 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> コピーのとおり		<input type="checkbox"/> 生活保護		どちらかにチェックを入れてください。									
	受診者同一の医療保険加入者	裏面の世帯状況の欄に記載してください。													
	特定疾病受療証の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		※有の場合はコピーを添付してください。										
	障害年金等の有無 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		※有の場合は裏面の「収入申告」欄にも記入が必要です。										
	重度かつ継続 (該当するものに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 該当		<input type="checkbox"/> 非該当		【重度かつ継続の対象者】 ①腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の方 ②医療保険の高額療養費で多数(世帯で過去12ヶ月間に3回以上)該当の方									
受診を希望する指定 自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者を含む)	医 療 機 関 名						所 在 地								
	・岡山市病院 ・岡山市薬局						・岡山市北区大供1-1-1 ・岡山市北区鹿田町1-1-1								
上記のとおり、自立支援医療機関の指定状況、医療保険加入状況、身体障害者手帳の取得状況等について閲覧、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。 なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。											の個人市民税課税状況 児童手当の受給状況等				
岡山市長 様											2020年 10月 1日				
申請者氏名											健康 太郎				

保健所記入欄	所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				受付日
	受給者番号			重度かつ継続	該当 ・ 非該当	
	備考					

世帯・収入状況申告書

■世帯状況①《受診者同一の医療保険に加入している方全員の情報を入力してください。》

No.	氏名・生年月日	受診者との続柄	個人番号(マイナンバー)	1月1日(1~6月は前年の1月1日)時点の住所
1	健康 桃子 2020年 1月 1日生	本人	/	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
2	健康 太郎 1990年 4月 1日生	父	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 □前回提供分から変更なし	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
3	健康 花子 1990年 5月 1日生	母	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 □前回提供分から変更なし	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
4	健康 一郎 2015年 2月 1日生	兄	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 □前回提供分から変更なし	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
5	健康 梅子 2018年 3月 1日生	姉	4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 □前回提供分から変更なし	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()

■世帯状況②《申請者が受診者とは別の医療保険に加入している場合に、申請者の情報を入力してください。》

No.	氏名・生年月日	受診者との続柄	個人番号(マイナンバー)	1月1日(1~6月は前年の1月1日)時点の住所
1	年 月 日生		□前回提供分から変更なし	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()

■収入状況

上記世帯状況①、②の市町村民税(所得割・均等割)が「非課税」の場合、申請者である保護者の収入を記入してください(ただし、生活保護世帯の場合は記入不要)。

No.	収入の種類	年間収入額
1	市町村民税所得・課税証明書の合計所得金額	円
2	所得税法に規定する公的年金等の収入金額	円
3	厚生労働法省令で定める給付 ※ (証書、振込通知書等のコピーを添付のこと)	円
合計		円

課税世帯の場合は、記入不要です。
世帯状況①、②の市町村民税(所得割・均等割)が「非課税」の場合、申請者である保護者の収入を記入してください。

※「厚生労働省令で定める給付」とは、次の障害に該当するものに☑を入れてください。

【障害基礎年金等】

<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 遺族基礎年金	<input type="checkbox"/> 寡婦年金	<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金
<input type="checkbox"/> 障害手当金	<input type="checkbox"/> 遺族厚生年金	<input type="checkbox"/> 障害一時金	<input type="checkbox"/> 障害共済年金	<input type="checkbox"/> 遺族共済年金
<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	<input type="checkbox"/> 障害補償給付	<input type="checkbox"/> 障害給付	<input type="checkbox"/> 障害補償	

【特別児童扶養手当等】

<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------