

世帯調査書

下記の太枠内に

【支給認定基準世帯員の考え方】

社会保険 = 被保険者

吹田市国保・国保組合 = 加入者全員

(世帯員) 全員を記入してください。

※市記入欄

医療費支給認定基準世帯員			月日・年齢	※按分	※市町村民税所得割額 (非課税は収入)
	フリガナ	氏名	生年月日(12桁)		
患者本人	フリガナ	受診者本人	令和2年 4月 1日 (1) 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の父	昭和●年 ●月 ●日 (●●) 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の母	平成▲年▲▲月 ▲日 (▲▲) 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の	年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の	年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の	年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	
	フリガナ	本人の	年 月 日 () 歳	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 難	

同意内容を熟読し、チェックをお願いします。

項目 1、2 = 全員

項目 3～6 = 該当者のみ

支給認定

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、以下の事項に同意します。

項目	同意内容	チェック欄
1	支給認定上必要がある場合は、受診者及び支給認定基準世帯員等の住民記録情報及び市税情報等を閲覧・利用します。また、受診医療機関、指定医又は前住所地都道府県等に認定に必要な情報を照会・取得することがあります。	<input checked="" type="checkbox"/>
2	1において住民記録情報及び市税情報が一部不足している場合、児童福祉法第19条の3第3項の医療費支給認定の申請に係る事実についての審査に関する事務手続を処理するために限り、当該年度(4月～6月申請の場合は前年度)の市町村民税関係について取得します。 ※市町村民税非課税の方、海外居住・未申告等により2において税情報を取得できない方は、非課税証明書(申請月が1～6月の場合は前年度分、7～12月の場合は今年度分)をご提出ください。	<input checked="" type="checkbox"/>
●希望・了承する場合のみ必要です		
3	小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請にあたり、提出した医療意見書が小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾病に係る研究及び対策を立案するための基礎資料として利用されることに同意します。(詳細は別紙*「小児慢性特定疾病に係る医療費助成申請における医療意見書の研究等への利用について」へ)	<input checked="" type="checkbox"/>
4	世帯の課税額等の書類を提出しないため、自己負担額の階層区分が上位になることを了承します。	<input type="checkbox"/>

●市町村民税非課税の方のみ必要です(5は当てはまる1つにチェック)

5	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入はありません。	<input type="checkbox"/>
	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入を証明する書類を提出します。	<input type="checkbox"/>
	障がい年金等(※1)、特別扶養手当等(※2)による収入があることを了承し、 (※1)障がい年金・障害遺族厚生年金、 (※2)特別児童扶養手当	<input type="checkbox"/>
●業種別国保にご加入の方のみ必要です		
6	業種別国保加入の場合、 ※16歳未満で無収入の方	<input type="checkbox"/>

【本制度における申請時の申請者の優先順位】

①被保険者

②児童を現に監護する方

(①に該当する父又は母の一方が単身赴任等により別居している場合等)

③収入の高い方

※成年患者については本人が申請者になります。

(宛先) 吹田市長

申請者住所

送付先住所

(申請者住所と異なる場合)

申請者氏名(被保険者等)

令和 ●年 ●月 ●日

吹田市△△○丁目○番○号

吹田 一郎

続柄 父