

様式第1号の1(裏面)

支給認定世帯員	受診者と同じ医療保険に加入する者 ※受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入				
	世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄	1月1日時点住所地 (1～6月申請は前年1月1日時点) ※現在と異なる場合のみ記入	[行政記入欄]
			本人	〒市・区町・村	非・均
				〒市・区町・村	非・均
				〒市・区町・村	非・均
				〒市・区町・村	非・均
(保護者年収について)	※上記世帯員全員、市町村民税非課税の場合で下記に該当する場合は記載				課税計 非・均
	☐ 保護者年収(受診者が18歳以上の場合にあっては本人) 82.65万円以下				非課税収入計
	選択 ☐ 非課税収入なし ☐ 障害年金あり ☐ 遺族年金あり ☐ 寡婦年金あり ☐ 特別障害給付金あり ☐ 障害補償(労災)あり ☐ 特別児童扶養手当あり ☐ 障害児福祉手当あり ☐ 特別障害者手当あり ☐ 経過的福祉手当あり				
研究利用同意	※以下の回答内容が認定に係る審査に影響することはありません。				
	別添「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書の研究等への利用についてのご説明」を確認し、本申請にあたり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する研究の推進及び政策の立案のために利用されることに ☐ 同意する ☐ 同意しない				
申請時点の状況	生活状況	☐ 1 就労 ☐ 2 就学 ☐ 3 家事労働 ☐ 4 在宅療養 ☐ 5 入院 ☐ 6 入所 ☐ その他()			
	身体状況	☐ 1 正常 ☐ 2 やや不自由であるが独力で可能 ☐ 3 制限があり部分介助 ☐ 4 全面介助			
	介護状況	☐ 必要なし ☐ 必要あり			
	身体障害者手帳	☐ あり(等級____級) ☐ 申請中 ☐ なし			
	医療機器の使用等	☐ あり ☐ 1 経管栄養 ☐ 2 気管切開 ☐ 3 人工呼吸器 ☐ 4 人工透析 ☐ なし ☐ 5 酸素療法 ☐ 6 吸引 ☐ その他()			

* 受給者証等の送付先について

送付先	住所	氏名
	☐ 受診者 ☐ 申請者 ☐ その他 〒 ※受診者と同じ場合は省略可	

* 申請に関する問合せ先について

問合せ先	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号
	☐ 受診者 ☐ 申請者 ☐ その他 ()		

* 備考

--