

支給認定基準世帯員（受診者本人も含め同じ医療保険に加入する者全員）

氏名	受診者との続柄	個人番号											小児慢性特定疾病の有無	指定難病の有無	
	本人													有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無
														有・無	有・無

※指定難病の有無については、指定難病の医療受給者証が交付されている場合は、「有」に○を付けてください。

※確認欄（以下の欄は、申請者は記載不要）

添付書類	医療意見書 ・ 療育指導連絡票 ・ 研究利用の同意書 ・ 加入医療保険証 ・ 重症患者認定申告書 人工呼吸器等装着者証明書 ・ 自己負担上限月額管理票 ・ 生活保護受給証明書 特定疾病療養受療証 ・ 収入の確認できる書類
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得