

記入見本 ※申請書両面に記入してください。

申請書(表)
(様式第1-2号)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書
兼登録者証申請書(継続)

受付印

受診者	公費負担番号	5 2 2 8 8 0 2 4	現在の受給者番号	0 5 4 3 2 1 0	
	疾病名	甲状腺機能低下症		マイナンバー(※1)	
	フリガナ	チュウオウ スミレ	年齢	生年月日	
	氏名	中央 すみれ	2歳	令和5年4月1日	
	住 所	神戸市中央区加瀬町6丁目5-1		電 話	078-123-4567
受診者の加入医療保険	受診者の加入医療保険	被保険者氏名	中央 すみれ	受診者との続柄	本人
		保険者名称	中央区(神戸市)(国民健康保険)	被保険者証の記号・番号	12345678
支給認定基準世帯員	フリガナ	受診者との続柄	生年月日	住所(1月1日時点)	(※神戸市管入部) 市民税非課税世帯
	氏名		マイナンバー		
	チュウオウ イチロウ	父	平成 5年 1月 1日		課税・非課税 円
	中央 一郎			市・区・町・村	
	チュウオウ ハナコ	母	平成 5年 4月 1日		課税・非課税 円
	中央 花子			市・区・町・村	
	チュウオウ スミレ	本人	令和 5年 4月 1日		課税・非課税 円
	中央 すみれ			市・区・町・村	
			年 月 日		課税・非課税 円
			年 月 日		課税・非課税 円
市民税非課税世帯の場合	保護者(複数いる場合、収入の高い方)の収入額(年金等※を含む)			円	
	※障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等を合計し収入額を記入ください。(年金・手当等の年額がわかる書類を添付ください。)				
自己負担上限額の特例	☐ 重症患者認定 ☐ 高齢かつ長期 ☐ 人工呼吸器等装着 ☐ 世帯内按分特例				
世帯内按分者(患者と同じ健康保険に加入する者の中に指定難病または小児慢性特定疾病内の医療受給者証を所持している者)がいる場合	難・小(氏名)	受給者番号			
	※受給者証の写しを添付してください。				

申請書(裏)

小児慢性特定疾病手帳	☒ 交付を希望しない ☐ 再交付を申請する ※自己負担限度額管理票は毎年継続申請書に再度交付いたします。(自己負担額0円の者を除く)
登録者証の発行(※2)	☐ 申請しない
医療意見書情報の研究等への利用および保健指導への利用についての同意書等 継続申請のご案内5ページに記載の「医療意見書情報の研究等への利用および保健指導への利用についての同意書」を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり、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創薬の研究開発等に利用されること、 ③神戸市による保健指導に利用されることに ☒ 同意します ☐ 同意しません	
上記及び裏面のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)を申請します。なお、当事業の申請に必要な住民票記載事項、私の収入及び世帯に属する市民税等を神戸市が確認することに ☒ 同意します ☐ 同意しません(市民税等が確認できる書類を添付します。)	
令和 7年 8月 1日 神戸市長宛	
申請者氏名 中央 一郎 ※受診者が18歳以上の場合は本人氏名	
電話番号 090-1234-5678	

印字されている内容が正しいか確認し、誤っている場合は二重線を引き正しい内容を記入
(令和7年6月12日時点の情報で印字しています。)

現在、加入されている医療保険の「保険者名称」「保険者番号」「被保険者証の記号・番号」と印字されている「受給者加入の医療保険」の情報が違う場合、郵送での継続申請ができません。
※令和7年6月12日以降に区役所・支所保健福祉課で、保険変更申請をされている方は除きます。

①国保・国保組合(建設国保等)の方は同じ保険に加入する全員を記入
②被用者保険(協会けんぽ等)の方は被保険者(扶養している人)のみを記入

該当する欄がある場合にチェックをし、必要書類を添付
継続申請書のご案内の3ページをご確認ください。

同一世帯内に指定難病又は小児慢性受給者がいる場合に記入し、受給証のコピーを添付

該当する欄にチェック☑

受診者との続柄を記入

以下の方の氏名を記入
・受診者が18歳未満の場合
→保護者の氏名
・受診者が18歳以上の場合
→受診者の氏名

日中つながりやすい電話番号を記入

令和7年1月1日時点で住民票が神戸市にない方はマイナンバー、住所を記入

非課税世帯の方は、申請者の合計収入金額を記入し必要書類を添付
継続申請書のご案内3ページをご確認ください。