



■支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入されている方。被用者保険の場合は被保険者のみ)※15歳以下は不要

氏名・フリガナ・生年月日	受診者との続柄	1月1日時点で居住していた市区町村(1月～6月申請の場合は前年の1月1日)																				
平成・令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村																				
	個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
昭和・平成 令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村																				
	個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
昭和・平成 令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村																				
	個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
昭和・平成 令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村																				
	個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
昭和・平成 令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村																				
	個人番号	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

■収入申告(医療保険上の世帯が市町村民税非課税の場合のみ記入してください。)

(1)申請者(保護者)に、下記の収入があるか。

無  有 → 申請者(保護者)の収入のうち、該当するものがあれば全て☑してください。

また、給付されている年額が確認できる書類(証書、振込通知、通帳等)の写しを提出してください。

- |   |   |                                  |                                  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 寡婦年金    | <input type="checkbox"/> 障害手当金   |
| <input type="checkbox"/> 障害(補償)給付       | <input type="checkbox"/> 障害(補償)一時金      | <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当       | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当        | <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 |                                  |

(2)(1)の収入を含めて、申請者の年間収入額が80.9万円を超えているか。(☑がない場合は、80.9万円超とみなします)

80.9万円超  80.9万円以下のため、次のとおり申告し、低所得Iの認定を希望します。

① 合計所得金額	円	② 公的年金等収入金額	円	③ その他収入金額	円
①～③の合計額					円

■申請にあたっての同意事項

1	個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳法等に基づき岡山県が支給認定基準世帯員の個人番号を照会することに同意します。
2	国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務処理に限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。※加入医療保険が国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合の方のみ
3	提出した医療意見書等の記載内容について疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用することに同意します。また、審査結果については、必要に応じて医療意見書等を記載した医師の勤務する医療機関に対して情報を提供することに同意します。

■医療意見書情報の研究等への利用について

厚生労働大臣 殿

別紙「医療意見書情報の研究等への利用に関するご説明」のとおり、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については、下記のとおりです。

医療意見書情報の研究等への利用に 同意する 同意しない

※☑がない場合は、同意されたものとみなします。

以下、記入不要

保健所記入欄	個人番号確認書類(いずれか1点)	身元確認(写真ありは1点、写真なしは2点)		職員確認印	住基照会
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育手帳	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳・生保受給者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 課税証明書類	日付  確認者	要 ・ 不要