

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入している方。受診者本人を除く）について記入してください。

フリガナ 氏名 個人番号	受診者との続柄	生年月日	年齢	小児慢性特定疾病医療給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	特定医療費(指定難病)給付の有無等 *有の場合は受給者番号も記入	市民税課税状況	
						課税 所得割額	非課税 収入額
アキタ タロウ 秋田 太郎 987654321012	父	S〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
アキタ ハナコ 秋田 ハナコ 112233445566			〇歳	(有) 無・申請中	(有) (01234567) 無・申請中		
アキタ イチロウ 秋田 一朗 665544332211	兄	H〇.〇.〇	〇歳	(有) 無・申請中	(有) 無・申請中		
				有			
				無・申請中	無・申請中		
				有	有		
				無・申請中	無・申請中		

マイナンバーが変わった場合、記載してください。

今回申請する受診者と同じ健康保険証に加入しているかたで「小児慢性特定疾病」又は「指定難病」の医療費の支給認定を受けている場合は、○をつけた上で、受給者番号を記載してください。

申請書裏面(このページ)は、
受診者と同じ医療保険に加入しているかたに変更があった場合のみ記入してください。

記入
不要

※太枠内のみ記入してください。

【秋田市記載欄】 以下は記入しないでください。

市民税課税状況	(課税) 所得割額合計	円	(非課税) 収入額	円		
該当する階層区分	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					
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期
	<input type="checkbox"/>	世帯内按分 []				
認定内容	階層区分	月額自己負担限度額	円	保険所得区分		
備考						