



<同意について(事業活用)>

本申請書及び添付資料等の内容について、浜松市の実施する次の難病対策事業に活用されることに同意します。

- ・難病をお持ちの方やその御家族に対する現状の施策向上や新規事業を検討するための資料とすること。
- ・浜松市が行う訪問相談や医療相談の御案内に利用すること。
- ・自然災害発生に備えて、支援が必要な方を事前に把握し、発災後の円滑な支援を行うための資料とすること。

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受診者(申請中の者を含む)である場合は、受給者証等の写しを添付してください。

患者	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格 (該当するものに○)	1月1日現在の住所所在地		個人番号					
				<input type="checkbox"/> 世帯員全員が浜松市の場合に	<input checked="" type="checkbox"/> (以下記載省略可)						
	受診者と同じ	本人	指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村						

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 受診者の生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	有 ・ 無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有 ・ 無 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

申請者氏名

4 受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者の全て)の収入金額について記入し、収入が80万9千円以下の場合は、振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

氏名	収入の区分		氏名	収入の区分	
	種類(該当するものに○)	収入金額		種類(該当するものに○)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年(1月から12月まで)の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、0円と記入してください。

※書類送先(希望者のみ記入)

フリガナ			受診者との続柄
氏名			
住所	〒 □受診者と同じ(記載省略可)		
電話番号	自宅	携帯	

※申請内容問合せ先(受診者・保護者以外の場合記入)

フリガナ			受診者との続柄
氏名			
住所	〒 □受診者と同じ(記載省略可)		
電話番号	自宅	携帯	