

(裏)

<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)であって、他自治体発行の受給者証等をお持ちの場合はその写しを添付してください。

Table with 5 columns: 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. Includes a blue arrow pointing to the '指定難病' entry in the qualification column.

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。

Table for life protection status with columns for '生活保護受給の有無' and '上欄で有の場合、医療保険加入の有無'.

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82万6,500円以下の場合、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。

Table for income reporting with columns for '氏名', '収入の区分', '種類(該当するものに○)', and '収入金額'.

※ 記入する収入金額は、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)

Form for document recipient information including fields for name, address, and phone number.

※申請内容問合せ先(受診者・保護者以外の場合記入)

Form for contact information including fields for name, address, and phone number.

申請書記載例 (裏)

7

①世帯員氏名、受診者との続柄
・ 同じ健康保険の世帯員氏名、続柄を記入



Table for health insurance details with columns for '健康保険種別' and '同じ健康保険の世帯員に該当する方'.

②受給資格

- ・ 指定難病または小児慢性の受給者の場合は、該当箇所に○を記入
- ・ 該当がなければ「なし」に○を記入

③当年1月1日現在の住所所在地

- ・ 「令和8年1月1日現在」の住所所在地を記入
- ・ 受診者を含めた世帯員全員の住所が〈浜松市〉の場合は☑(記載省略可)

④個人番号(マイナンバー)

- ・ 同じ健康保険に加入する方全員分の個人番号を記入
(平成22年4月2日以降に生まれた方については省略可)

8

- ・ 受診者(受診者が18歳未満の場合は保護者全て)の年金や手当金などの収入金額について記入
- ・ 記入する金額は令和7年(2025年)1月~12月の収入金額を記入し、収入が82万6,500円以下の場合収入状況が分かる書類(年金額改定通知書や通帳のコピー)など提出

・ 82万6,500円を超えている場合は「82万6,500円超」の記載も可

※収入金額がない場合は、必ず全ての収入金額欄に「0円」と記入

9

- ・ 受診者本人(保護者)以外への書類の送付を希望する場合に記入(継続含む)
- ・ 受診者の住所と別送先や問合せ先の住所が同じ場合は☑(記載省略可)
- ・ 「左記と同じ」などの記載も可