

〔小児慢性用〕

様式第2号

支給認定基準世帯員記載用紙

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

保健所

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

氏 名	受診者との続柄	個人番号（マイナンバー）	※確認欄
	本 人		☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

※個人番号とは、通称マイナンバーです。
※確認欄は、保健所で記入します。

〈上記世帯員が市町村民税非課税の方のみ記入〉

①	児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付（障害年金、特別児童扶養手当等）の受給の有無	☐ 有 ・ ☐ 無
---	--	---

（①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること）

②	①の前年の給付合計額 ※小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が1月から6月までの場合は、前々年の給付合計額	☐ 82万6千5百円を超える ☐ 82万6千5百円以下
③	②で「82万6千5百円以下」にレ印を付けた場合、その額を記入すること	年 額 円

③＋合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）が、82万6千5百円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。

【児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付】

- 障害基礎年金 ○遺族基礎年金 ○寡婦年金 ○障害年金 ○障害厚生年金
- 障害手当金 ○遺族厚生年金 ○障害一時金 ○障害共済年金 ○遺族共済年金
- 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの ○特別障害給付金 ○障害補償給付、障害給付
- 労災、公災による障害補償給付等 ○特別児童扶養手当 ○障害児福祉手当
- 特別障害者手当 ○福祉手当

裏面の記入例を参照して記入してください。

〔小児慢性用〕

(記入例)

様式第2号

支給認定基準世帯員記載用紙

受給者番号

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 ○○ 保健所

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

氏 名	受診者との続柄	個人番号（マイナンバー）	※確認欄
秋田 次郎	本 人		☐
秋田 太郎	父		☐
			☐
			☐

〈支給認定基準世帯員とは：受診者と同じ保険に加入する方〉

1. 受診者が国民健康保険（又は国民健康保険組合）に加入している場合
→ 世帯内で国民健康保険（又は国民健康保険組合）に加入している方全員

2. 受診者が被用者保険（健康保険組合、協会けんぽ等）に加入している場合
(1) 受診者が保険の被扶養者の場合
→ 被保険者本人（代表者）と受診者本人
(2) 受診者本人が被保険者の場合 ※ 非課税で、受診者以外が申請者となっている場合は、
申請者（保護者等）のものも必要です。
→ 被保険者（受診者本人）

3. 受診者が（医療保険に加入していない）生活保護世帯の場合
→ 受診者本人と申請者（保護者）

〈上記世帯員が市町村民税非課税の方のみ記入〉（記入例）

①	児童福祉法施行規則第7条の5各号に掲げる給付（障害年金、特別児童扶養手当等）の受給の有無	☒ 有 ☐ 無
（①で「有」にレ印を付けた場合に記入すること）		
②	①の前年の給付合計額 ※小児慢性特定疾病医療支援を受けようとする日が1月から6月までの場合は、前々年の給付合計額	☐ 82万6千5百円を超える ☒ 82万6千5百円以下
③	②で「82万6千5百円以下」にレ印を付けた場合、その額を記入すること	年 額 (例) 584,500 円

③＋合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）が、82万6千5百円を超える場合、B2（低所得Ⅱ）となります。