

●支給認定基準世帯員（患者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。）

名前	続柄	事務使用欄（記入しないでください）				
		被保険者	区分	所得割額又は患者等の収入額		
名前： 生年月日： 年 月 日 住所：□福山市・□その他（ ）	本人		<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 収入額 <input type="checkbox"/> 所得割額	円	
名前： 生年月日： 年 月 日 住所：□福山市・□その他（ ）				<input type="checkbox"/> 収入額 <input type="checkbox"/> 所得割額	円	
個人番号						
名前： 生年月日： 年 月 日 住所：□福山市・□その他（ ）				<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 収入額 <input type="checkbox"/> 所得割額	円
個人番号						
名前： 生年月日： 年 月 日 住所：□福山市・□その他（ ）			<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 収入額 <input type="checkbox"/> 所得割額	円	
個人番号						
名前： 生年月日： 年 月 日 住所：□福山市・□その他（ ）			<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 収入額 <input type="checkbox"/> 所得割額	円	
個人番号						
※住所は、申請日が1月～6月の場合は前年1月1日、7月～12月の場合は 当年1月1日に住民票があった自治体を記入してください。 福山市以外の方は、自治体名を都道府県から記入してください。				合計	円	

<受診を希望する指定医療機関の追加記載欄>

指定医療機関名	所在地

内容	区分	事務使用欄
血友病	K	
生活保護受給世帯	I	
市町村民税 非課税	【患者本人（各保護者）収入額】 ≤ 80万円	II
	80万円 < 【患者本人（各保護者）収入額】	III
市町村民税 課税	【所得割額】 < 7万1,000円	IV
	7万1,000円 ≤ 【所得割額】 < 25万1,000円	V
	25万1,000円 ≤ 【所得割額】	VI

認定の可否 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定	認定期間 年 月 日から 年 月 日まで	階層区分
自己負担上限額の特例 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例（ <input type="checkbox"/> 小慢、 <input type="checkbox"/> 指定難病） <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者		
成長ホルモン治療の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	受給者番号	適用区分