

記入見本 ※申請書両面に記入してください。

申請書(表)

受診者のマイナンバーを記入
医療意見書記載の疾病名を記入
受診者の氏名・年齢・生年月日・住所電話番号を記入
現在、受診者が加入している医療保険の情報を記入 ※被保険者氏名は ①国保・国保組合（建設国保等）の方は受診者本人 ②被用者保険（協会けんぽ等）の方は被保険者（扶養している人）
支給認定基準世帯員の氏名、受診者との続柄、生年月日、マイナンバーを記入 ①国保・国保組合（建設国保等）の方は同じ保険に加入する全員を記入 ②被用者保険（協会けんぽ等）の方は被保険者（扶養している人）のみを記入 ※1月1日時点で神戸市に住民登録がない方は住所の欄に記入

申請書(裏)

受療医療機関の変更		□変更なし ※前回申請時から変更がない場合は受療医療機関割解への記入は不要。				
受療医療機関	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所等	①	名称	兵庫県立こども病院	TEL	〇〇〇-〇〇〇
			所在地	神戸市中央区港島南町1-6-7		
		②	名称	三宮診療所	TEL	▲▲▲-▲▲▲
			所在地	神戸市中央区三宮▲-▲-▲		
		③	名称	□□薬局 三宮店	TEL	□□□-□□□
			所在地	神戸市中央区三宮□-□-□		
		④	名称	◆◆訪問看護ステーション	TEL	◆◆◆-◆◆◆
			所在地	神戸市中央区三宮◆-◆-◆		
		⑤	名称		TEL	
			所在地			
		⑥	名称		TEL	
			所在地			
小児慢性特定疾病手帳		☒ 交付を申請する ☐ 交付を希望しない ☐ 再交付を申請する ☐ 交付済 ※自己負担限度額算出票は毎年継続申請時に再度交付いたします。(自己負担額0円の者を除く)				
登録者証の発行 (※4)		☐ 申請しない				

表面記入の疾病名で受診している
小児慢性特定疾病指定医療機
関すべてを記入
※院外薬局を利用している場合
も、すべての薬局を記入

該当する欄にチェックを記入

登録者証の発行を希望しない方はチェックを記入

非課税世帯の方は、申請者の合計収入額を記入し、必要書類を添付

該当する欄がある場合にチェックをし、
必要書類を添付

世帯内按分者がいる場合に記入

申請者の氏名、受診者との関係、住所、
マイナンバー、電話番号を記入