

神戸市小児慢性特定疾病医療費助成制度のご案内

1. 制度の概要

小児慢性特定疾病に罹患している児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部が助成される制度です。審査で承認された場合に入院・通院等にかかる医療費の一部または全額を公費助成します。

※申請書が受理された日からの認定となります。認定以前の医療費については、公費助成の対象外となりますのでご注意ください。

2. 対象者

神戸市に居住し、小児慢性特定疾病に罹患している、18歳未満の児童が対象です。ただし、18歳になる時点で給付を受けており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合は、20歳未満まで医療費助成を受けることができます。

対象疾病の詳細については、「小児慢性特定疾病情報センター」のホームページでご確認いただけます。

3. 対象疾病（令和2年4月1日現在）

| 疾患群 | 疾病名 |
|-------------------|-------------------------------|
| 悪性新生物 | 白血病、リンパ腫 など |
| 慢性腎疾患 | ネフローゼ症候群、慢性糸球体腎炎 など |
| 慢性呼吸器疾患 | 気管支喘息、気管支拡張症 など |
| 慢性心疾患 | 心室中隔欠損症、ファロー四徴症 など |
| 内分泌疾患 | 甲状腺機能亢進症、成長ホルモン分泌不全性低身長症 など |
| 膠原病 | 若年性特発性関節炎、全身性エリテマトーデス など |
| 糖尿病 | 1型糖尿病 など |
| 先天性代謝異常 | メチルマロン酸血症、シスチン尿症 など |
| 血液疾患 | 血友病、血小板減少性紫斑病 など |
| 免疫疾患 | 複合免疫不全症、後天性免疫不全症 など |
| 神経・筋疾患 | 點頭てんかん、筋ジストロフィー など |
| 慢性消化器疾患 | 炎症性腸疾患、肝硬変症 など |
| 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 | 18トリソミー、ダウン症候群、マルファン症候群 など |
| 皮膚疾患 | 眼皮膚白皮症（先天性白皮症）、レックリングハウゼン病 など |
| 骨系統疾患 | 骨形成不全症、軟骨無形性症 など |
| 脈管系疾患 | リンパ管腫症 など |

※申請後の医師による医療意見書の審査や、疾病ごとに設けられた対象基準により、本事業の対象外となる場合があります。

小児慢性特定疾病医療費助成制度における認定基準を満たす病状に該当しているか医師にご相談のうえ申請してください。

4. 費用の公費負担

小児慢性特定疾病及び当該小児慢性特定疾病に付随して発生する傷病に関する医療費（保険適用範囲内）、訪問看護療養費から、月額自己負担限度額を差し引いた残額を神戸市が負担します。

また、入院時の食費については、自己負担額（標準負担額）の2分の1を神戸市が負担します。

5. 自己負担限度額

平成28年10月以降、全国共通の表1の自己負担上限月額に対して、神戸市が追加助成を行い、表2の自己負担限度額に変更となっております(ひと月あたり医療費の自己負担額最大800円)。病院・診療所、薬局、訪問看護を利用する際は、医療受給者証と併せて「自己負担限度額管理票」を各窓口で提示することで、医療受給者証に記載のある月額自己負担限度額までは窓口でお支払いいただき、それを超える医療費等は公費負担となります。

尚、自己負担限度額については、受診者(児童)と同じ保険に加入されている方の収入または課税状況によって決定されます。

《表1》 全国共通の自己負担上限月額

| 階層区分 | 階層区分の基準 | | | 患者負担割合：2割 | | |
|------------|---------|---------------------------|---------|-------------------------|--------|-----------|
| | | | | 自己負担上限月額(外来+入院+薬代+訪問看護) | | |
| | | | | 原則 | | |
| | | | | 一般 | 重症(※1) | 人工呼吸器等装着者 |
| I | 生活保護等 | | | 0 | 0 | 0 |
| II | 低所得Ⅰ | 市町村民税 | 収入～80万円 | 1,250 | 1,250 | 500 |
| III | 低所得Ⅱ | 非課税(世帯) | 収入80万円超 | 2,500 | 2,500 | |
| IV | 一般所得Ⅰ | 市町村民税 課税以上 7.1万円未満 | | 5,000 | 2,500 | |
| V | 一般所得Ⅱ | 市町村民税 7.1万円以上～25.1万円未満 | | 10,000 | 5,000 | |
| VI | 上位所得 | 市町村民税 25.1万円以上 | | 15,000 | 10,000 | |
| 入院時の食費(※2) | | | | 1/2 自己負担 | | |



《表2》 神戸市における月額の自己負担限度額(平成28年10月1日～)

| 階層区分 | 階層区分の基準 | | | 患者負担割合：2割 | | |
|------------|---------|---------------------------|---------|------------------------|--------|-----------|
| | | | | 自己負担限度額(外来+入院+薬代+訪問看護) | | |
| | | | | 原則 | | |
| | | | | 一般 | 重症(※1) | 人工呼吸器等装着者 |
| I | 生活保護等 | | | 0 | 0 | 0 |
| II | 低所得Ⅰ | 市町村民税 | 収入～80万円 | 800 | 800 | 0 |
| III | 低所得Ⅱ | 非課税(世帯) | 収入80万円超 | | | |
| IV | 一般所得Ⅰ | 市町村民税 課税以上 7.1万円未満 | | | | |
| V | 一般所得Ⅱ | 市町村民税 7.1万円以上～25.1万円未満 | | | | |
| VI | 上位所得 | 市町村民税 25.1万円以上 | | | | |
| 入院時の食費(※2) | | | | | | |

※1 重症：①高額な医療が長期的に継続する者、②重症患者基準に適合する者 のいずれかに該当する方。

※2 入院時の食費は自己負担限度額とは別にご負担いただきます。

※3 同一医療保険の世帯内に、難病・小児慢性特定疾病の受給者がいる世帯については、世帯の負担が増えないよう、月額自己負担限度額を按分する特例が適用され、自己負担額が軽減される場合があります。

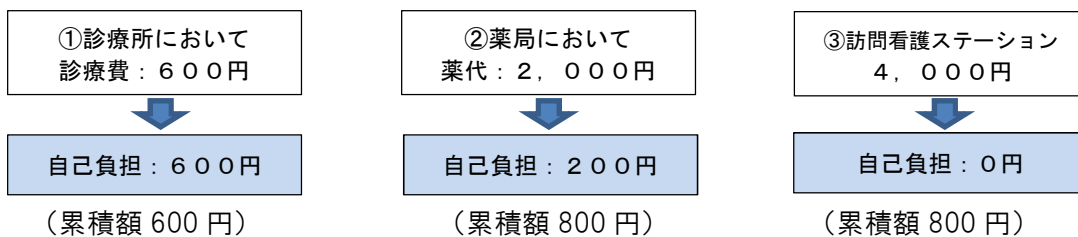
※4 生活保護受給世帯及び先天性血液凝固因子障害(血友病等)に該当する方は医療費の自己負担及び入院時の食費の負担はありません。

医療費自己負担のイメージ

承認された疾病にかかる医療費(外来、入院、薬局、訪問看護にかかった費用の合計)の支払い額は医療受給者証に記載された自己負担限度額までとなります。(ひと月あたり最大 800 円)

※ただし入院時の食費は自己負担限度額とは別にご負担いただきます。

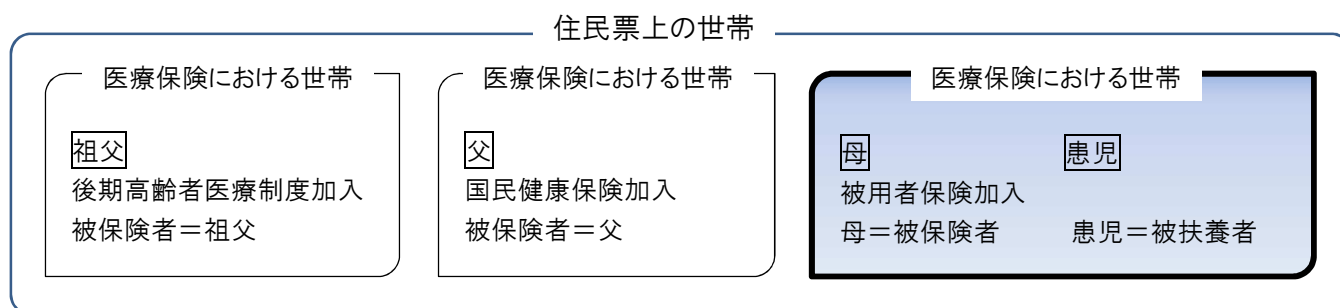
(例)自己負担限度額が 800 円の場合



6. 所得を把握する範囲

月額自己負担限度額を算定する際の「世帯」とは、受診者(児童)と同じ医療保険に加入している被保険者を「世帯」=「支給認定基準世帯員」とし、「世帯」の被保険者の市民税(所得割)課税年額等により月額自己負担限度額を決定します。

(例)下記の場合であれば、母の市民税(所得割)課税年額等により決定します。



7. 指定医療機関・指定医

医療費助成の対象となる医療機関等(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所)は、各都道府県等から指定をうけた「指定医療機関」に限られます。

医療意見書を記載することができるのは、各都道府県等から指定をうけた「指定医」に限られます。

指定医療機関・指定医については、医療機関所在地の各自治体ホームページをご確認ください。

8. 申請手続き

お住まいの区役所こども保健係、北須磨支所こども保健係、西神中央出張所保健福祉サービス窓口で受け付けます。申請は原則として、患者(児童)の保護者に行っていただきます。保護者とは①児童が加入している医療保険の被保険者、②児童を現に監護されている方などを言います。

【申請時にお持ちいただくもの】

□(1) 申請者(=保護者)の本人確認書類(①～②のうちいずれか)

①顔写真付きの証明書(マイナンバーカード、運転免許証等)

②官公署から発行された書類等で顔写真のない書類2つ以上(住民票、健康保険証、年金手帳等)

※個人番号通知カードは本人確認書類として使用いただけません。

※申請者(=保護者)以外の方(代理人)が窓口にお越しいただく場合

- ・委任状(雛形は神戸市ホームページよりダウンロードできます。)
- ・代理人の本人確認書類

□(2) マイナンバー記載時確認書類

申請者・児童・※支給認定基準世帯員のマイナンバー確認書類(①～③のうちいずれか)

- ① マイナンバーカード
- ② 個人番号通知カード
- ③ マイナンバーの記載のある住民票の写し

※支給認定基準世帯員とは、受診者である児童と同じ保険に加入する被保険者をさします。

- ・被用者保険(全国健康保険協会・健康保険組合など)の場合、支給認定基準世帯員＝被保険者です。
- ・国民健康保険、国民健康保険組合(建設国保、医師国保など)の場合、受診者である児童と同じ保険に加入している世帯員全員が支給認定基準世帯員となります。

□(3) 受診者(児童)本人の健康保険証

【申請時にご提出いただくもの】

(1) 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (必須)

児童、申請者、支給認定基準世帯員のマイナンバーの記入が必要です。

《マイナンバーの記入が必要な対象者》

①被用者保険の場合(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など)

・児童、申請者、児童の加入する保険の被保険者

※他の同一保険加入者はマイナンバー記載の必要はありません。

②国民健康保険、国民健康保険組合(建設国保、医師国保など)の場合

・児童、申請者、児童と同じ保険(記号・番号が同じ)に加入している方全員

③生活保護の場合

・児童、申請者

(2) 小児慢性特定疾病医療意見書 (必須)(小児慢性特定疾病指定医の記載によることが必要。)

※疾病ごとに様式があります。成長ホルモン治療を行う場合は、「成長ホルモン治療用意見書」の添付が必要です。

様式は、『小児慢性特定疾病情報センター』のホームページ(<http://shouman.jp>)よりダウンロードが可能です。

(3) 医療意見書の研究利用および保健指導についての同意書 (必須)

(4) 児童本人の健康保険証のコピー (必須)

(5) 加入医療保険者への照会にかかる同意書 (必須)

(6) 市県民税課税(非課税)証明書 (該当する方のみ)

加入医療保険者への照会に必要なとなりますので、下記の①または②に該当する場合は提出してください。

①国民健康保険組合にご加入の方(医師国保組合、建設国保組合など)

受診者(児童)と同じ国民健康保険組合に加入している(記号・番号が同じ)世帯員全員分の市県民税課税(非課税)証明書が必要です。

※ただし、扶養関係が明らかな場合は省略できます。この場合でも組合員本人の市県民税課税(非課税)証明書は必要です。

②被保険者が非課税の場合(全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合など)

被保険者の市県民税非課税証明書が必要です。

※市県民税課税(非課税)証明書について

1～5月に申請される場合は前々年、6月～12月に申請される場合は前年の所得に対する市民税(所得割)課税年額の確認できるものが必要です。

例:令和2年5月に申請する場合は平成31年度(平成30年分所得)を提出してください。

令和2年6月に申請する場合は令和2年度(平成31年分所得)を提出してください。

(7) 市民税非課税世帯の場合、年金や手当等の証明書 (該当する方のみ)

市民税課税年額が、非課税世帯の場合は、申請書の表面の「保護者(複数いる場合、収入の高い方)の収入額(年金等※を含む)」欄に保護者(=申請者)の収入年額(=課税対象の収入だけではなく、下記※印にある年金や手当等の収入も含みます)の記入が必要です。収入がない場合には、0(円)と記入してください。

下記※にある年金や手当等の収入がある場合は、その年金や手当等の収入金額(年額)が確認できる書類を提出してください。

※年金や手当等

障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等

(8) 重症患者認定申告書 (該当する方のみ)

重症患者認定申告をされる方のみ必要です。主治医とご相談のうえ、重症患者認定基準を満たすと思われる方は提出してください。

(9) 人工呼吸器等装着者申請時添付証明書 (該当する方のみ)

人工呼吸器または体外式・埋め込み式補助人工心臓を常時装着しており、日常生活動作が著しく制限される場合は医療費負担区分が減額される場合があります。該当される場合は指定医に作成を依頼してください。

◎人工呼吸器等装着者の認定要件について(下記1、2の両方を満たすことが必要となります。)

1. 長期にわたり継続して常時(※1)、生命維持管理装置(※2)を装着する必要がある方
2. 日常生活動作(食事、更衣、移乗・屋内の移動、屋外の移動)が著しく制限されている方(※3)

※1:「長期にわたり継続して常時」とは

おおよそ24時間継続して生命維持管理装置を装着している方で、概ね1年以内に離脱の見込みがない方

※2:「生命維持管理装置」とは

- ・気管チューブを介して人工呼吸器を使用している方、鼻マスク式、顔マスク式の人工呼吸器を装着している方
- ・体外式補助人工心臓(埋め込み式を含む)を装着している方

※3:「日常生活動作が著しく制限されている方」とは

「食事」、「更衣」、「移乗・屋内での移動」、「屋外の移動」について、原則、4項目全てが「部分介助」または「全介助」の方

(10) 生活保護適用証明書 (該当する方のみ)

生活保護を受けている方のみご提出ください。 ※世帯員全員が掲載されている1ヶ月以内のもの

(11) 同一世帯内の小児慢性特定疾病または指定難病医療受給者証のコピー (該当する方のみ)

同一医療保険の世帯内に、他に小児慢性特定疾病または指定難病の受給者(申請中含む)がいる場合(受給者本人が別の疾病で指定難病も併せて受給している場合も含みます)は、その医療受給者証のコピーを提出してください。(申請中の場合は、医療受給者証が届いてから提出してください。)

※同一医療保険の世帯内に、複数の受給者がいる場合、世帯の負担を軽減するために、月額自己負担限度額を按分する特例が適用されます。受給者毎に手続きが必要ですので、ご注意ください。

9. その他

- (1) 申請書を提出された日からの認定となります。認定以前の医療費については公費助成の対象外となります。
- (2) 医療受給者証発行までには、約2か月かかります。医療意見書の記載事項等に疑義がある場合は、医療機関に確認を行うため、医療受給者証の発行が遅れることがあります。
- (3) 他都市で本事業を受けていた方が、神戸市に転入した場合は、改めて申請してください。
- (4) 申請書提出から受給者証が届くまでの間に、窓口で支払った医療費は、認定後、自己負担限度額を差し引いた額を神戸市が負担しますので、償還払いの申請をしてください。高額療養費や附加給付の適用となる場合は、先にご加入の健康保険で手続きをしてください。
- (5) 福祉医療(子ども医療、母子医療など)との併用はできません。
- (6) 特別児童扶養手当、障害福祉サービス等の対象になる場合があります。

【次のことがあれば、変更申請の手続きが必要ですのでご注意ください】

- ① 受給者の氏名、住所が変更した場合
- ② 加入医療保険の種類が変更した場合
- ③ 加入医療保険の種類は変更していないが、被保険者が変更した場合
- ④ (医療保険上の)同一世帯の小児慢性特定疾病または指定難病の患者が増減した場合。
- ⑤ 新たに人工呼吸器等装着者(常時装着が必要かつ日常生活動作に著しい制限がある)に該当する場合。
- ⑥ 申請を行う日が属する月以前の12か月以内に、小児慢性特定疾病に関する医療費総額(健康保険の対象となる医療費の10割相当)が5万円を超えた月が6回以上ある場合。
- ⑦ 受療する病院・診療所を変更する場合。
- ⑧ 新たに、成長ホルモン治療を開始する場合。

10. マイナンバーについて

平成28年4月より、申請の際にマイナンバーの確認が必要となりました。児童福祉法施行規則第7条の9の改正により、申請者に児童、保護者、支給認定基準世帯員の個人番号を記載した申請書の提出が義務付けられました。確認させていただいたマイナンバーに関しては、課税情報の確認や災害時に援護が必要な方の台帳を作成する際などの情報連携に役立てられますので、確認書類のご提示などのご協力をお願いします。

【マイナンバーをご提出いただけない場合】

1月1日時点で神戸市にお住まいでない場合、神戸市は当該市へ課税情報を照会いたしますが、マイナンバーをご提出いただけない場合は照会することができません。従来通り下記の課税証明書を提出してください。この場合、1～5月に申請される場合は前々年、6～12月に申請される場合は前年の所得に対する市民税(所得割)課税年額の確認ができるものがが必要です。

| 加入健康保険証の種類 | 提出する対象者 |
|----------------------|------------------|
| 神戸市国民健康保険 | 同一保険の被保険者全員 |
| 国民健康保険組合(建築国保、医師国保等) | 組合員及びその世帯の被保険者全員 |
| 上記以外の被用者保険(全国健保協会等) | 被保険者 |

<申請・お問い合わせ先> (区役所子ども家庭支援課、北須磨支所保健福祉課、西神中央出張所)

| 名 称 | | 所在地 | 電話番号 |
|----------------|---------|--------------------------|--------------|
| 区 | 東灘区役所 | 東灘区住吉東町 5-2-1 | 841-4131 (代) |
| | 灘区役所 | 灘区桜口町 4-2-1 | 843-7001 (代) |
| | 中央区役所 | 中央区雲井通 5-1-1 | 232-4411 (代) |
| | 兵庫区役所 | 兵庫区荒田町 1-21-1 | 511-2111 (代) |
| | 北区役所 | 北区鈴蘭台北町 1-9-1 | 593-1111 (代) |
| | 北神区役所 | 北区藤原台中町 1-2-1 | 981-1748 (直) |
| | 長田区役所 | 長田区北町 3-4-3 | 579-2311 (代) |
| | 須磨区役所 | 須磨区大黒町 4-1-1 | 731-4341 (代) |
| | 北須磨支所 | 須磨区中落合 2-2-5 名谷センタービル 5F | 793-1414 (直) |
| | 垂水区役所 | 垂水区日向 1-5-1 | 708-5151 (代) |
| | 西区役所 | 西区玉津町小山 180-3 | 929-0001 (代) |
| | 西神中央出張所 | 西区糀台 5-6-1 西区文化センタービル 5F | 990-0201 (代) |
| 神戸市子ども家庭局家庭支援課 | | 神戸市中央区加納町 6-5-1 | 322-6513 (直) |

※北区では住所地により手続きの窓口が北区役所と北神区役所、須磨区では須磨区役所と北須磨支所に分かれていますのでご注意ください。

※神戸市子ども家庭局家庭支援課では継続申請以外の受付は行っておりません。

(様式第1号)

記入見本 (新規申請)

小児慢性特定疾病

医療費支給認定申請書 (新規) 変更・継続

受付印

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|--------------|--------------------------------------|----------------------|----|--------------|--|--|--|--|
| 受診者 | 公費負担番号 | 5 2 2 8 8 0 2 4 | 現在の受給者番号 | | | | | | | | |
| | マイナンバー | 12345789012 | | | | | | | | | |
| | 疾病名 | 甲状腺機能低下症 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | チウオウ イチロウ | 性別 | 年齢 | 生年月日 | | | | | | |
| | 氏名 | 中央 すみれ | 男・女 | 6 歳 | 平成 26 年 4 月 1 日 | | | | | | |
| | 住所 | 神戸市中央区加納町6丁目5-1 | | | | 電話 | 078-123-4567 | | | | |
| | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | 中央 一郎 | | 受診者との続柄 | 父 | | | | | |
| | 保険者名・番号 (保険種別) | 神戸港健康保険組合 0612345 | | 被保険者証の 記号・番号 | 123 456789 | | | | | | |
| 支給認定 基準世帯員 | フリガナ | 受診者 との続柄 | 生年月日 | 住所 (1月1日時点) | (*神戸市記入欄 市民税所得割額) | | | | | | |
| | 氏名 | | マイナンバー | | | | | | | | |
| | チュウオウ イチロウ | 父 | 昭和50年 1月 1日 | | 課税・非課税 円 | | | | | | |
| | 中央 一郎 | | 234567890123 | 市・区・町・村 | 円 | | | | | | |
| | | | 年 月 日 | | 円 | | | | | | |
| | | | | | 円 | | | | | | |
| ※受診者と同じ医療保険に加入する被保険者 ※住所：旧住所地 1月1日時点(1~5月申請分は前年、6~12月申請分は本年)の住所が現住所と異なる場合にのみ記入 被保険者のみを記載してください。 ※国保・国保組合の場合は、同じ保険に加入する世帯員全員を記載ください。 | | | | | | | | | | | |
| 市民税非課税世帯の場合 | | 保護者(複数いる場合、収入の高い方)の収入額(年金等※を含む) | | | | 円 | | | | | |
| | | ※障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害児手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当等を含む収入額を 該当あればチェックください。 | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額の特例 | | <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 | | | | | | | | | |
| 世帯内按分者(患者と同じ健康保険に加入する者の中に指定難病または小児慢性特定疾病の医療受給者証を所持している者)がいる場合 | | | | 難・小(氏名 受給者番号) ※受給者証の写しを添付してください。 | | | | | | | |
| 上記及び裏面のとおりに、小児慢性特定疾病医療費の支給(変更)を申請します。なお、当事業の申請に必要な住民票記載事項、私の収入及び世帯に属する市民税等を神戸市が確認することに同意します。 | | | | | | | | | | | |
| | | (申請者)氏名 中央 一郎 | | | (受診者との続柄 父) | | | | | | |
| | | 令和 元 年 8 月 10 日 | | マイナンバー 234567890123 住所 〒650-8790 | | | | | | | |
| | | 神戸市長 宛 | | 神戸市 中央区加納町6丁目5-1 | | | | | | | |
| | | TEL 078 - 123 - 4567 | | | | | | | | | |

【本庁記入欄】

| | | | |
|-----------------|---|----------------------|-----------------|
| 基準額 [所得割課税年額] | 円 | 区分: I・II・III・IV・V・VI | 重症・高長・人呼・血友病・按分 |
| (非課税の場合) 合計所得金額 | 円 | | 按分特例 (円) |

| | | | | | | |
|------------|--------|--|--------------|-----------------|----------|----------|
| 受療医療機関 | 病院・診療所 | ① | 名称 | 神戸〇〇病院 | TEL | 987-6543 |
| | | | 所在地 | 神戸市中央区港島南町△-△-△ | | |
| | | ② | 名称 | 三宮診療所 | TEL | 123-4567 |
| | | | 所在地 | 神戸市中央区三宮△-△-△ | | |
| | | ③ | 名称 | | TEL | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | ④ | 名称 | | TEL | |
| | | | 所在地 | | | |
| | | ⑤ | 名称 | | TEL | |
| | | | 所在地 | | | |
| | 薬局 | ① | 名称 | 〇〇薬局 ハーバーランド店 | TEL | 234-578 |
| | | | 所在地 | 神戸市中央区港島南町〇-〇-〇 | | |
| | | ② | 名称 | □□薬局 三宮店 | TEL | 345-6789 |
| | | | 所在地 | 神戸市中央区三宮〇-〇-〇 | | |
| | | ③ | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| 訪問看護事業所等 | ① | 名称 | 〇〇訪問看護ステーション | TEL | 456-7890 | |
| | | 所在地 | 神戸市中央区三宮×-× | | | |
| | ② | 名称 | | TEL | | |
| | | 所在地 | 手帳交付の意向を記載する | | | |
| 小児慢性特定疾病手帳 | | <input checked="" type="checkbox"/> 交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付を希望しない <input type="checkbox"/> 再交付を申請する <input type="checkbox"/> 交付済 <small>※自己負担限度額管理票は毎年更新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)</small> | | | | |

院外薬局を利用している場合は必ず記入すること

手帳交付の意向を記載する

【区・支所記入欄】

| | |
|--|---|
| 申請者本人確認 <input type="checkbox"/> | 来庁者が申請者と異なる場合 委任状確認 <input type="checkbox"/> 及び 代理人本人確認 <input type="checkbox"/> |
| 本人確認書類（1点）写真の表示のある身分証明書 マ <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 在 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （ ） | （2点）公的機関から発行された氏名・生年月日または住所が確認できる書類 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> （ ） |