

神戸市 特定医療費(指定難病)支給認定記載事項変更届

神戸市保健所長宛

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 また、神戸市の住民基本台帳及び税システム等により、受給者及び支給認定基準世帯員に関する住民票情報及び税情報、加入医療保険情報を確認し、階層区分を決定すること、及び保険者に対して情報提供をされることに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

(表面) 同時更新あり

公費負担者番号		5 4 2 8		受給者番号					
受給者	フリガナ					生年月日			
	氏名					大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
	住所	〒 神戸市 区 TEL () - ※日中連絡がつく電話番号を必ずご記入ください							
下記の者を申請者として、本件申請を委任します。									
申請者	フリガナ					受給者との続柄			
	氏名								
送付先	フリガナ					受給者との続柄			
	氏名	様宛							
住所	住所	〒							
	TEL () -	※日中連絡がつく電話番号を必ずご記入ください							
事項		変更前			変更後				
変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (氏名)							
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (住所・電話番号)		〒		〒			
	<input type="checkbox"/>	個人番号 (マイナンバー)		変更前の個人番号は記載不要					
	<input type="checkbox"/>	保険者名		変更・加入・脱退・継続					
	<input type="checkbox"/>	医療保険の登録情報の変更		<ul style="list-style-type: none"> 国保 協会けんぽ 共済 		<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢 健保組合 国保組合 			
	<input type="checkbox"/>	被保険者証の 記号・番号・枝番		記号	番号	枝番	記号	番号	枝番
	<input type="checkbox"/>	被保険者氏名 (受給者との続柄)		()					
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員		変更・増減あり					
	<input type="checkbox"/>	生活保護の受給 開始、廃止又は停止		開始(自治体)・廃止・停止 廃止の場合： 年 月 日より					
	<input type="checkbox"/>	階層区分の変更		(変更理由) <input type="checkbox"/> 課税状況の変更 (年度分) 裏面の「収入に関する申し立てについて」に該当あれば <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> その他 ()					

区確認欄

「医療保険の登録情報の変更」の場合は、必ず裏面も記載をお願いします

(裏面)

受給者及び支給認定基準世帯員について

※国民健康保険／後期高齢者医療／業種別国民健康保険組合 → 受給者本人と同じ健康保険加入者全員
※それ以外の社会保険 → 受給者本人と被保険者のみ

フリガナ 氏名	続柄 市民税 未申告	生年月日	マイナンバー記載 住所 (課税対象年度の1月1日の住所をご記入ください。)	扶養確認 ※区確認欄
	本人 <input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	(神戸市外の場合記載してください) 住所: 〒	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒) と同じ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 未申告	年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者 (住所: 〒) と同じ	<input type="checkbox"/>

受給者及び支給認定基準世帯員の市県民税の申告

自己負担上限額の判定に申告が必要な場合があります。【注意】をよくお読みのうえ、下記①～④のいずれかにチェックしてください。

【注意】以下の項目のいずれか1つでも当てはまる場合→申告は不要のため①にチェックしてください。

- ・前年中の収入が給与だけで、お勤め先から給与支払報告書が提出されている。
- ・前年中の収入が公的年金等だけで、年金の支払者から公的年金等支払報告書が提出されている。
- ・市内に住民票がある方に扶養控除の対象として申告されている。
※市外に住民票がある方に扶養控除の対象とされている場合は、収入がなくても申告が必要です。
- ・税務署に所得税の確定申告を提出した。

- ① 全員が申告期間内に申告しています。または上記の申告不要の場合に当てはまります。
- ② 未申告者はいませんが、申告期間後に申告または修正申告しています(予定含む)。
申告(予定)日 年 月 日
- ③ 未申告者がいますが、申告する予定です。
申告予定日 年 月 日
- ④ 未申告者がいますが、申告しないことで、自己負担上限額が
上位所得(30,000円)の区分に決定されることに 異議はあ 署名
りません。

収入に関する申し立て(市民税非課税世帯の方のみ)

受給者本人及び支給認定基準世帯員全員の市民税が非課税で、かつ受給者本人の年収(※)が80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)以下の場合、どちらかにチェックをしてください。

【注意】チェックがない場合は、自己負担上限額は 5,000円(低所得Ⅱ)となります。

※合計所得金額、公的年金等の課税収入および非課税収入(*)

- 80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)以下
下の非課税収入あり → 収入額のわかる書類の写しの提出が必要です。
非課税収入 * 年額(円)
- * 非課税収入とは、以下の年金等のことです。該当するものにチェックしてください。
障害(基礎・厚生・共済)年金 遺族(基礎・厚生・共済)年金 労災等による傷害補償給付
特別児童扶養手当 障害児福祉手当 特別障害者手当 経過的福祉手当
- 非課税収入なし ※虚偽の申告を行った場合、支給認定を取り消す場合があります。

<事務処理使用欄> 以下は記載しないでください

<区確認欄>

課税 非課税(80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円))以下 非課税(80万9千円(令和8年7月申請以降は82万6500円)超【 障年・遺年・その他() 』)

事務 処理 欄	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()
	本人確認(1点)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真付き) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
	本人確認(2点)	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(顔写真無し) <input type="checkbox"/> その他()