申立書兼同意書

年　　月　　日

大阪市長　様

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

小児慢性特定疾病医療費支給の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。
また、児童福祉法第 57 条の 4 第 2 項の規定に基づき、小児慢性特定疾病医療費支給認定のため、必要に応じ、官公署等に対し、小児慢性特定疾病児童の保護者若しくは成年患者及び支給認定基準世帯員等の資産又は収入の状況についての必要な文書の閲覧、資料の提供等を求めることに同意します。

記

＊以下の該当する欄すべてに〇を付け、必要事項を記入してください。

■所得証明を提出しない場合（上位所得）

	世帯の課税額等を確認できる書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「Ⅵ」（上位所得）となることを了解します。

■児童福祉施設入所中の児童等について施設長等が申請する場合

	施設長等については、給与所得及び年金・手当等 (※) の収入がないことを申し立てます。

※年金・手当等とは、地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入金額以外の、次の障がい年金等や特別児童扶養手当等をいいます。

〇障がい年金等

（障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付　等）

〇特別児童扶養手当等

（特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当）

■医療保険の資格情報が確認できる資料を提出しない場合

	氏名（　　【続柄】　　）は、住民票上同一の世帯ですが、医療保険には加入していません。国民健康保険加入者に準じた取扱いとなることを了解します。　**【医療保険未加入】**
	住民票上同一の世帯である以下の者は、医療保険の資格情報確認資料を提出しませんが、 ・氏名（　　【続柄】　　）は（　　）に加入しています。 ・氏名（　　【続柄】　　）は（　　）に加入しています。 ・氏名（　　【続柄】　　）は（　　）に加入しています。 **【同一世帯の者の加入医療保険の申立】**
	前回申請（届出）時から、受診者の加入医療保険の情報に変更はありません。 **【受診者の加入医療保険の申立　※更新申請時のみ】**

■大阪市外からの転入の場合

	加入医療保険等の変更がありましたが、受診者と同じ医療保険に加入する者に変更はありません。 **【被用者保険⇒国保、被用者保険⇒被用者保険（被保険者の変更あり）の場合を除く】**
	加入医療保険及び受診者と同じ医療保険に加入する者に変更はありません。

■その他

	具体的に記入してください。