

保予-2026.6.18

●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。）

※被用者保険に加入している場合は、受診者と被保険者及び同一保険に加入している小児慢性又は指定難病の受給者を記入してください。  
※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名から記入してください。

| 名 前                                   |  | 続柄 | 区 分                     | 事務使用欄（記入しないでください） |                                      |
|---------------------------------------|--|----|-------------------------|-------------------|--------------------------------------|
|                                       |  |    |                         | 被保険者              | 所得割額又は患者等の収入額                        |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  | 本人 | □ 生 保<br>□ 非課税<br>□ 課 税 |                   | □ 非課税（収 入 額）<br>□ 課 税（所得割額）<br><br>円 |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  |    |                         |                   |                                      |
| 個人番号                                  |  |    |                         |                   |                                      |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  |    | □ 生 保<br>□ 非課税<br>□ 課 税 |                   | □ 非課税（収 入 額）<br>□ 課 税（所得割額）<br><br>円 |
| 個人番号                                  |  |    |                         |                   |                                      |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  |    | □ 生 保<br>□ 非課税<br>□ 課 税 |                   | □ 非課税（収 入 額）<br>□ 課 税（所得割額）<br><br>円 |
| 個人番号                                  |  |    |                         |                   |                                      |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  |    | □ 生 保<br>□ 非課税<br>□ 課 税 |                   | □ 非課税（収 入 額）<br>□ 課 税（所得割額）<br><br>円 |
| 個人番号                                  |  |    |                         |                   |                                      |
| 名前：<br>生年月日： 年 月 日<br>住所：□福山市・□その他（ ） |  |    | □ 生 保<br>□ 非課税<br>□ 課 税 |                   | □ 非課税（収 入 額）<br>□ 課 税（所得割額）<br><br>円 |
| 個人番号                                  |  |    |                         |                   |                                      |
|                                       |  |    |                         | 所得割<br>合計         | 円                                    |

●収入に関する申立て（医療保険上の保険世帯が市民税非課税の場合のみ記入してください。）

（1）申請者に次の表の収入がありますか。（※申請日が1月～6月の場合は前々年、7月～12月の場合は前年の収入）

☐ 無 ⇒記入終了です。 ☐ 有 ⇒該当するものに☑をいれてください。

|                                                                                                                       |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| □障害（基礎・厚生・共済）年金 □寡婦年金 □障害手当金 □障害（補償）給付<br>□遺族（基礎・厚生・共済）年金 □障害（補償）一時金 □特別障害給付金 □特別障害者手当<br>□特別児童扶養手当 □障害児福祉手当 □経過的福祉手当 | （事務使用欄）<br><br>円 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

（2）（1）の収入を含めて、申請者の年間収入額が826,500円を超えていますか。

☐ 超えている。 ⇒記入終了です。

☐ 超えていない。 ⇒（1）で☑をした収入の年額が確認できる書類（年金証書・預金通帳等）の写しを提出してください。写しを添付できない場合、階層区分が低所得Ⅱとなることに同意します。

| 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<br>非課税 | 【患者本人（各保護者）収入額】 ≤82.65万円      | Ⅱ   |       |
|              | 82.65万円 < 【患者本人（各保護者）収入額】     | Ⅲ   |       |
| 市町村民税<br>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                                                                                                                                                                | 認定期間            | 階層区分  |
| <input type="checkbox"/> 認 定 <input type="checkbox"/> 不認定                                                                                                            | 年 月 日から 年 月 日まで |       |
| 自己負担上限額の特例<br><input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者<br><input type="checkbox"/> 世帯内按分特例    （□小慢    □指定難病） |                 | 受給者番号 |