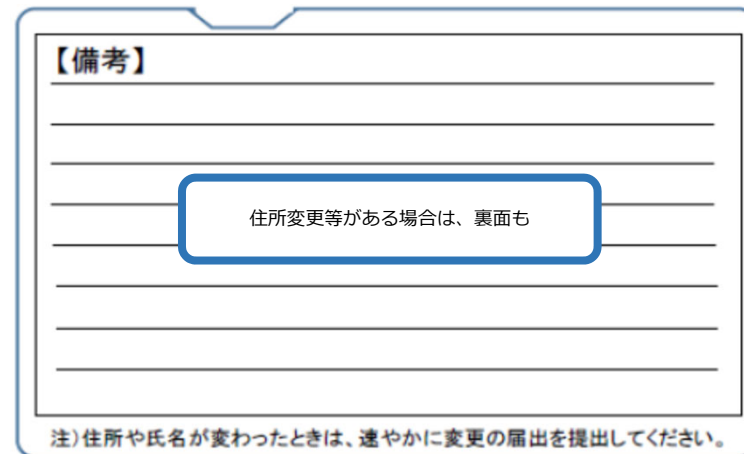
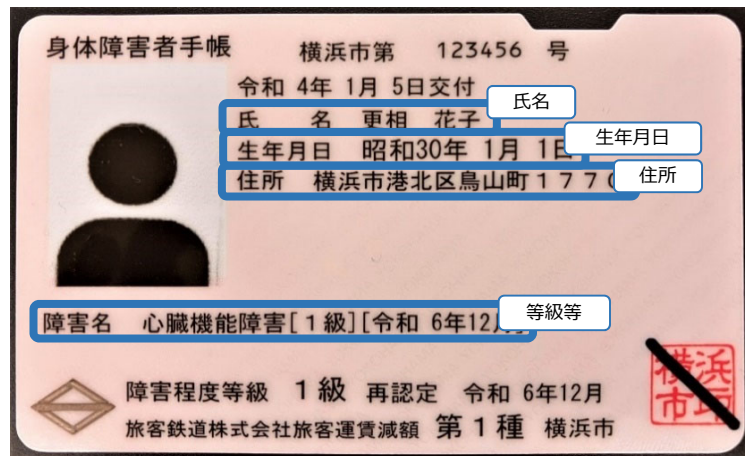
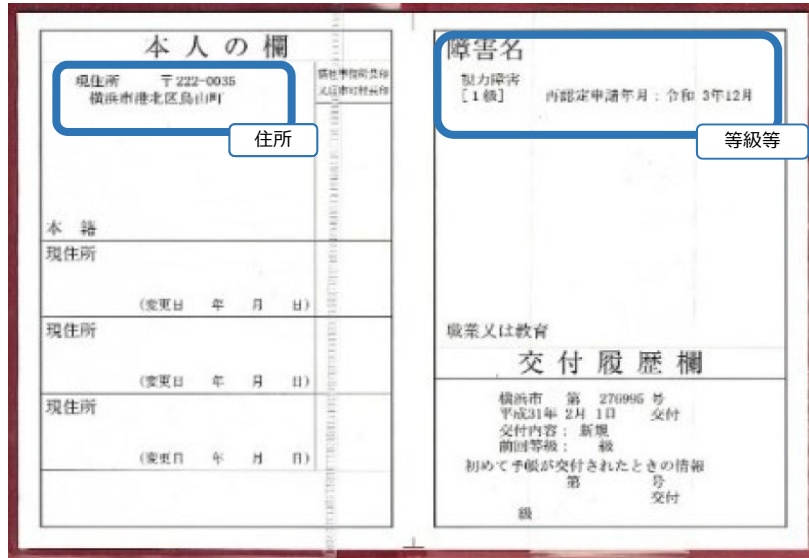
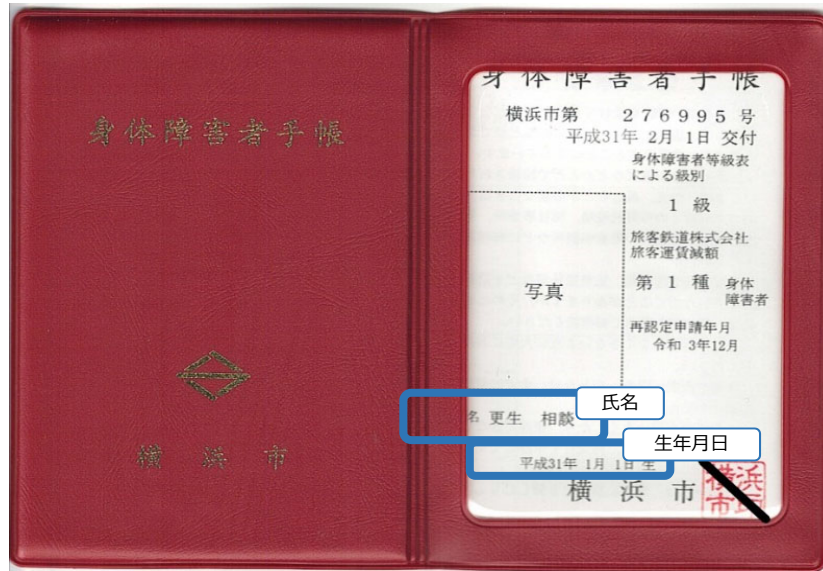


身体障害者

身体障害者手帳

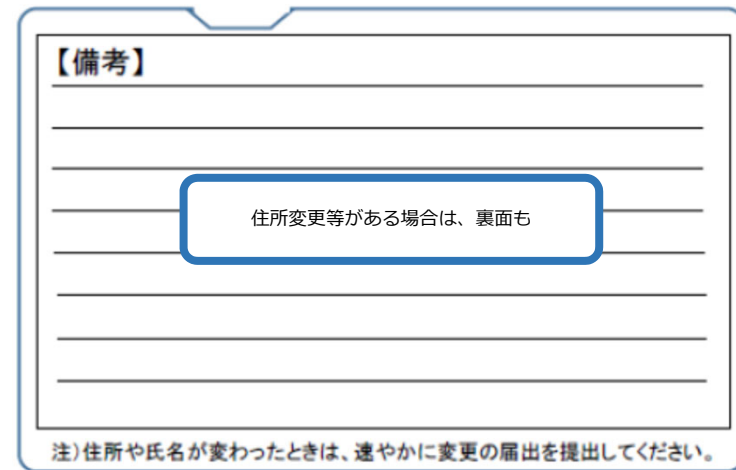
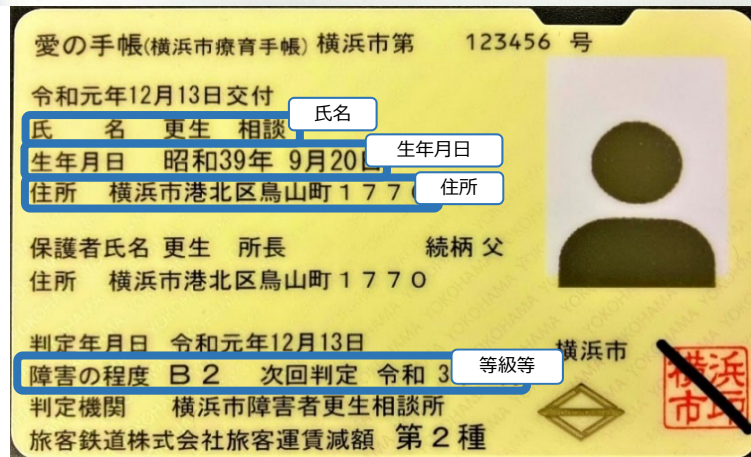
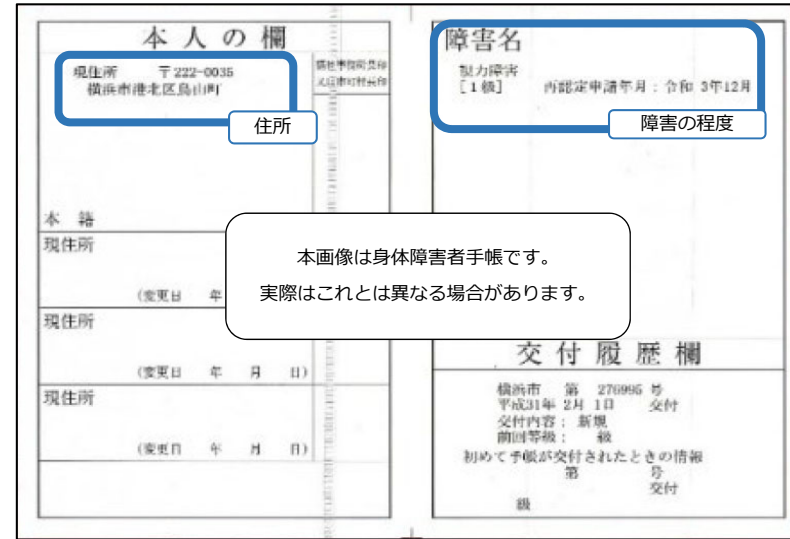
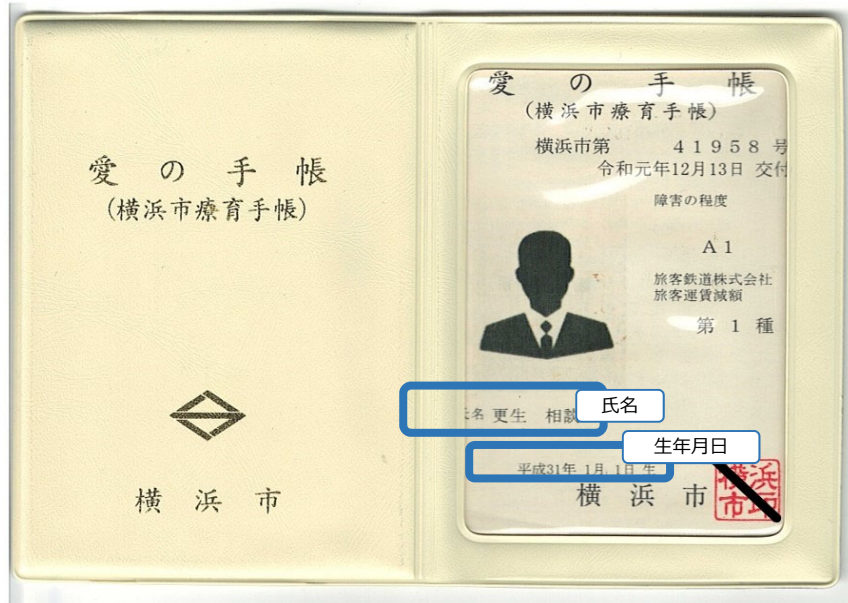
- ・住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等が隠れる場合がありますので、カバーを外して手帳を広げた状態で、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。



知的障害者

愛の手帳（療育手帳）

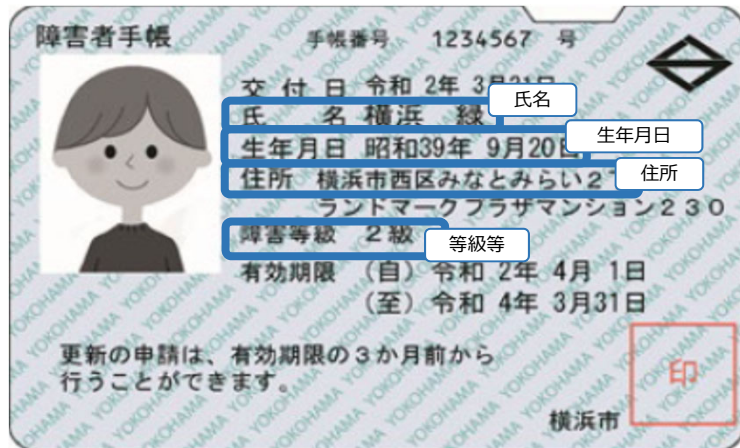
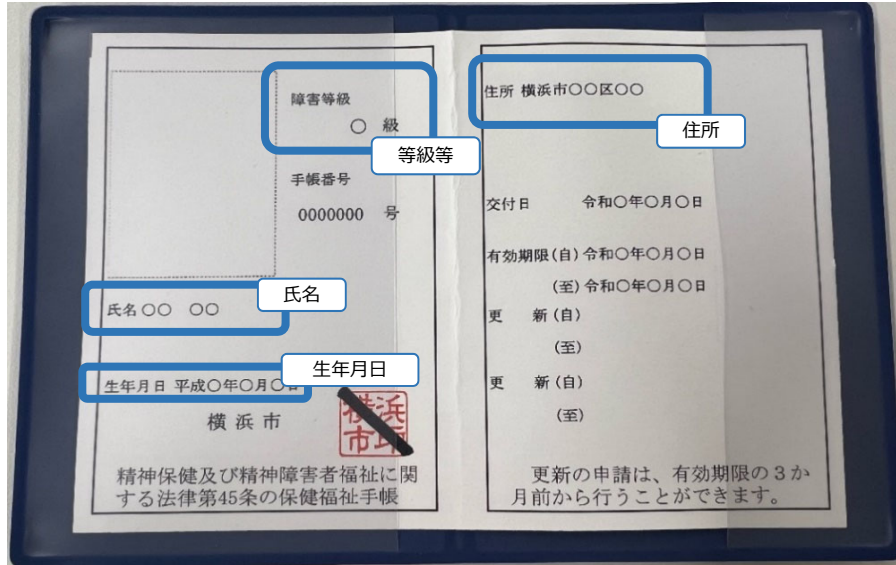
- ・住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等が隠れる場合がありますので、カバーを外して手帳を広げた状態で、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。



精神障害者

## 精神障害者保健福祉手帳

- ・住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等がカバーで隠れることのないよう注意して、手帳を広げた状態で、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。



**【備考】**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

住所変更等がある場合は、裏面も

注)住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届出を提出してください。

高齢者等

介護保険被保険者証

- ・住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等が隠れる場合がありますので、カバーを外して手帳を広げた状態で、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

介護保険被保険者証 (一)		要介護状態区分等 (二)		給付制限 (三)		
被 保 険 者	番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		要介護状態区分等	要介護 3	
	住所	231-0017 横浜市 中区 港町1丁目1番地			等級等	
	氏名	横浜 太郎		認定年月日	令和 2年 3月 31日	
	生年月日	昭和 5年 8月 1日		認定の有効期間	R 2. 3. 1 ~ R 4. 2. 28	
交付年月日	令和 2年 4月 1日		居 宅	R 2. 3. 1 ~ R 4. 2. 28 1月当たり 27,048 単位	給付制限	令和 元年 12月 1日から 令和 2年 5月 31日まで 給付額の減額
保険者番号 並びに保険者の 名称及び印	1 4 1 0 4 4 横浜市 印		サービス等		介護保険施設等	種類 名称 入所等 年月日 年 月 日
			認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定			種類 名称 退所等 年月日 年 月 日

難病患者 ① 特定疾患医療受給者

**特定疾患医療受給者証**

- ・ 見本はありません
- ・ 住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等がカバーで隠れることのないよう注意し、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

難病患者 ② 特定医療費（指定難病）受給者

**特定医療費（指定難病）受給者証**

- ・ 住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 氏名等がカバーで隠れることのないよう注意し、紙面全体をコピーまたは写真撮影してください。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

横浜市 特定医療費(指定難病)受給者証				軽症高額該当	高額難病治療難病	人工呼吸器等装着	世帯内指定難病・小児慢性
公費負担者番号				保護者	氏名		続柄
受給者番号					住所		
患者	氏名			指定医療機関	難病の患者の医療等に関する法律に基づき都道府県又は政令指定都市が指定する医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）で使用することができます。		
	生年月日						
	住所						
	保険者名称						
	保険証記号・番号	適用区分	注意事項※1	問合せ先	横浜市健康福祉局医療援助課 難病対策担当 045-671-4040		
有効期間 注意事項※2							
疾病名				横浜市 横浜市長印			
自己負担上限月額		円	階層区分				

**注 意 事 項**

【受給者証の利用にあたって】

- ・ 指定医療機関において診療を受ける場合、保険証に添えて必ず窓口へ提出してください。
- ・ 本事業の対象は、受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療で、かつ保険診療に限られます。
- ・ 指定医療機関の窓口において、月ごとに自己負担上限月額を超えるお支払いはありません。
- ・ 次回及び次々回の受給者証の更新申請にこの受給者証が必要になることがあるため、有効期間終了後も保管をお願いします（軽症高額該当や高額難病治療難病該当の書類に使用します）。

【申請・届出が必要な場合】

- ・ 下記事項（①～③）に該当する場合、お住まいの区の福祉保健センター（区役所）高齢・障害支援課の窓口での申請、または健康福祉局難病対策担当への郵送申請を行ってください。
- ① 氏名、住所、保険者名称、保険証記号・番号、疾病名等、受給者証に記載された情報に変更があった場合（後期高齢者医療制度への移行を含む）
- ② 受給者証の汚損・紛失などで再交付が必要な場合
- ③ 治愈、死亡、横浜市外への転出などで受給者の資格がなくなった場合

- ・ 自己負担上限額管理原の記録簿がいっぱいになりましたら、御自身で自己負担上限額管理原の書式を追加してください。書式は、横浜市難病対策担当のホームページに掲載しているほか、上記福祉保健センター（区役所）窓口で配布しています。【その他】
- ※1 この受給者証に記載している「適用区分」は、患者が加入している公的医療保険の保険者が、被保険者の収入に応じて適用している「高額療養費の区分」です。適用区分は保険者において随時見直しが行われ、この受給者証には市が開催した時点での区分を記載しています。そのため、この受給者証と限度額適用認定証で印字されている適用区分が異なる場合があります。その場合は、限度額適用認定証の適用区分を優先します。なお、限度額適用認定証の発行等については、加入している公的医療保険の保険者へお問い合わせください。
- ※2 有効期間満了後も受給者証の継続利用を希望する場合は、有効期間満了日までに臨床調査個人票等必要な書類を添えて更新申請を行い、改めて支給認定を受ける必要があります。自動的に更新されませんのでご注意ください。

難病患者 ③

- ・住所、氏名、生年月日、交付基準に該当することが確認できる箇所の写し
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

<b>宛名</b>		※裏面の注意事項をよくご確認ください	
<b>小児慢性特定疾病医療受給者証</b>			
公費負担者番号			
受給者番号			
保険者番号		新保険者証の記号・番号	適用区分
保険者名			
受給者	住所	住所	
	氏名	氏名	
	生年月日	生年月日	
保種者	住所		
	氏名		
受給者との続柄			
疾病名			
有効期間	から	階層区分	
	まで	重症認定	
月額自己負担上限額		高額かつ長期	
入院時の支掌		人工呼吸器等	
一部自己負担割合		同一扶養	
指定医療機関	上記のほか、小児慢性特定疾病指定医療機関であれば使用できます。		
	※ただし、この証に記載された疾病及びそれに付随して発現する傷病のみが取次対象です。		
居住地の福祉医療センター			
上記のとおり認定します。			
年 月 日			
<b>横浜市長印</b>			

妊産婦

## 母子健康手帳

- ・住所、氏名、生年月日、出産（分娩）予定日の記載があるページ。
- ※ 産婦の場合は、子が生まれた日の掲載があること。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
母(妊婦)		年 月 日生( 歳)	
父	申請者の氏名	年 月 申請者の生年月日	
		年 月 日生( 歳)	

子の保護者

居住地	電話
	申請者の住所

……………以下の欄には何も書かないでください。……………

### 出生届出済証明

子の氏名	男・女
出生の場所	市区町村
出生の年月日	年 月 日

産婦は子が生まれた日

上記の者については  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

※赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。

1

### 妊婦のみ

## 妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠 3か月 妊娠8週～妊娠11週 ( 月 日～ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくとう安心です。

妊娠 12週～妊娠15週 ( 月 日～ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。  
※予定り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年 月 日
この妊娠の初診日	年 月 日
胎動を感じた日	年 月 日
分娩予定日	年 月 日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含む)「女性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

分娩予定日

4

レイアウトや、掲載ページ数など、  
見本とは多少異なる場合があります。

けが人等（車いす、杖使用者など移動に配慮が必要な者）

### 医師の診断書・意見書 & 本人確認書類

- ・ 医師の診断書若しくは意見書の写し
  - ・ 上記に加えて、本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）をご提出ください。
- ※ 医師の診断書・意見書等は、歩行が困難または移動に配慮が必要であることが分かるもの。
- ※ 本人確認書類は、氏名・住所・生年月日の確認ができるもの。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。

対象者に準ずる者（交付基準を満たさないが、移動に配慮が必要な者。個別の事情がある者）

### 各種手帳等 & 医師の診断書、意見書

- ・ 各種手帳、介護保険被保険者証、医療受給者証の写し
  - ・ 上記に加えて、医師の診断書若しくは意見書の写しをご提出ください。
- ※ 医師の診断書・意見書等は、歩行が困難または移動に配慮が必要であることが分かるもの。
- ※ 書類の内容が鮮明に読み取れるようにしてください。