

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)						
※1						
受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	氏名					生年月日
	住所	〒			電話番号	
保護者	フリガナ		受診者との関係			
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 受診者住所と異なる(異なる場合は、下記にご記入ください。)				
		〒			電話番号	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者					
	該当する所得区分 ※2	生保等・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※3	該当・非該当
身体障害者手帳番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医療機関名			所在地・電話番号		
				〒		
				〒		
受給者番号 ※4						
災害時の支援を目的として、個人情報(受給者の氏名・住所、申請者の氏名・住所及び受給者証の有効期間)を災害要救護者非難支援対策関係者へ情報提供することに同意しますか。						同意する・同意しない
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日 安芸高田市長 様						

※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれか該当するものに○をする。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 チェックシートを参照、該当すると思う区分に○をする。

※4 再認定または変更の方のみ記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		認定年月日				
前回所得区分	生保等・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保等・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類(標準負担額減額認定証)	
前回の受給者番号		今回の受給者番号				
備考						

世 帯 調 書

申請者住所 及び氏名		本人(児童) 氏名		収入 ※非課税世帯 の場合記入		備考
世帯構成員名		続柄	被保険者 に○印を 記入	年度 市町村民税額		
児童と生計を一にする世帯	児童と同一の 医療保険に加入			(本人氏名)	本人 (児童)	—
		(申請者氏名)				
	児童と異なる 医療保険に加入					

申請される方へ

- ※1 「世帯構成員」とは、居住地にかかわらず同一の医療保険に加入する方全員をいいます。
- ※2 市町村民税については、児童と同一の医療保険に加入している「被保険者」の申請年度の額を記載してください。
確定していない場合は前年度の額を記載してください。
- ※3 収入は、市町村民税非課税の場合のみ、保護者全員の額を記載してください。
- ※4 収入とは、「地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障害基礎年金、障害厚生年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金及び特別障害者手当、障害児福祉手当等」の合算額をいいます。

私の世帯状況は上記のとおりです。

自立支援医療(育成医療)の申請にかかわる私及び私が属する世帯構成員の市民税の課税状況ならびに生活保護受給の有無又は国民健康保険組合加入状況について、市が必要と認める場合には、その所有する個人情報により調査・確認することに同意します。

また、この調査・確認にあたり私が属する世帯構成員の同意を得ています。

記載年月日	年 月 日
申請者住所	安芸高田市 町
申請者氏名	

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

【自治体記入欄】 調査の結果上記(朱記訂正)のとおり相違ありません。

確認年月日	年 月 日
確認者職・氏名	