様式第19号の2（第15条関係）

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 氏　　名		性別	年齢	生 年 月 日
			男 ・ 女	歳	年　　月　　日
	個人番号				
	フリガナ 住　　所	橿原市	電話番号		
保護者	フリガナ 氏　　名		受診者との続　　柄		
	個人番号		電話番号 ※2		
	フリガナ 住　　所 ※2				

負担額に関する事項	受診者の被保険者資格情報の記号番号	記号	番号	保険者名	橿原市 ・ その他（　　）
	受診者と同一保険の加入者				
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		高額治療継続者　※4	該当　・　非該当
身体障害者手帳番　　号			精神障害者保健福祉手帳番号		
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 ※5					

（宛先）橿原市福祉事務所長

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第56条第1項の規定により、上記のとおり別紙必要書類を添えて申請します。
また、支給認定のため私と同一の「世帯（※6）」に属する者の市民税、加入している医療保険の資格情報並びに児童扶養手当・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当及び生活保護等の受給状況について照会されること、自立支援医療の申請状況及び受給資格に関する医療機関等各関係機関からの照会に対して、橿原市が回答することに同意します。

年　　月　　日　　申請者氏名

《非課税世帯の方にお伺いします》
●年金・手当を受給されていますか（ はい　・　いいえ ）
●年金・手当の種類は何ですか？（障害児福祉手当・特別障害者手当・児童扶養手当・特別児童扶養手当・障害年金・老齢年金・遺族年金）
●年金・手当・所得の合計額は80万9千円以下ですか？（ 80万9千円以下　・　80万9千円超 ）
※合計所得80万9千円以下の方は、受給されている全ての年金の書類（年金証書・改定通知書）と（特別）児童扶養手当等の通知書の写しを添付してください。添付がない場合は『所得が80万9千円超』の取扱いとなります。

※1　新規・再認定の申請の場合に使用
※2　受診者本人と異なる場合に記入
※3※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
※5　再認定の方のみ記入
※6　「世帯」とは、受診者と同じ医療保険に加入している方全員をいいます。
※7　申請者所得とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障害年金、遺族年金、各手当の合計額をいいます。

----------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		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			高額治療継続者	該当　・　非該当
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			高額治療継続者	該当　・　非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備　考					