

| 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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--|--|--|----|--|---------------|------|---------------|----------|--------------|----|---------|--|
| 受<br>診<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | フリガナ              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          | 性別           | 年齢 | 生 年 月 日 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名               |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          | 男 ・ 女        | 歳  | 年 月 日   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 個人番号              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          | 電話番号         |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住 所               | 檀原市                             |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
| 保<br>護<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | フリガナ              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          | 受診者との<br>続 柄 |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 氏 名               |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 個人番号              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ              |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          | 電話番号<br>※2   |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住 所<br>※2         |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
| 負<br>担<br>額<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>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 | 檀原市 ・ その他( )  |          |              |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 受診者と同一保険の加入者      |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 該当する所得区分<br>※3    | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |  |  |  |    |  |               |      | 高額治療継続者<br>※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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |
| <p>(宛先)檀原市福祉事務所長</p> <p>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。</p> <p>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、檀原市が回答することに同意します。</p> <p>年 月 日 申請者氏名</p> <p>《非課税世帯の方にお伺いします》</p> <p>●年金・手当を受給されていますか( はい ・ いいえ )</p> <p>●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)</p> <p>●年金・手当・所得の合計額は80万円以下ですか？( 80万円以下 ・ 80万円超 )</p> <p>※8 合計所得80万円以下の方は、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80万円超』の取扱いとなります。</p> |                   |                                 |  |  |  |    |  |               |      |               |          |              |    |         |  |

※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○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   | <div> <div>市町村民税課税証明書</div> <div>市町村民税非課税証明書</div> <div>標準負担額減額認定証</div> <div>生活保護受給世帯の証明書</div> <div>その他収入等を証明する書類（</div> <div>）</div> </div> |       |          |         |          |
| 前回の受給者番号 |                                                                                                                                                |       | 今回の受給者番号 |         |          |
| 備 考      |                                                                                                                                                |       |          |         |          |