

自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)

※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						大正	年 月 日	
	個人番号						昭和	年 月 日	
	受診者住所	〒		電話番号()					
18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係						
	保護者氏名								
	個人番号								
	保護者住所 ※2	〒		電話番号()					
保険に関する事項	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	(続柄:)		(続柄:)					
		(続柄:)		(続柄:)					
世帯特例	下記のア、イのいずれにも当てはまるため、健康保険上の世帯ではなく、受診者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請します。 ア) 受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない。 イ) 受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者になっていない。								
月額負担上限額に関する事項	下記の1~6のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください。								
	1	受診者が生活保護受給世帯に属する。							
	2	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入が80万円以下(受診者が18歳未満の場合は保護者)							
	3	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入が80万円以上(受診者が18歳未満の場合は保護者)							
	4	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円未満							
	5	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満							
	6	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が23万5千円以上							
	上記4、5、6を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○を付けてください。(該当がない場合は記入不要です。)								
1	同一世帯で、過去12ヶ月以内に高額療養費の支給を3回以上受けている								
2	腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害に該当する								
身体障害者手帳番		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					
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)から受診者の自立支援医療に関する情報提供依頼があった場合			情報提供に同意する ・ 情報提供に同意しない						
受給者番号									
遠軽町長 様 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 自立支援医療の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 年 月 日									
						申請者氏名	印		

※1 該当する医療の種類及び新規・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)のいずれかに○をする。

※2 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

