

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）					
障害者・児	フリガナ 受診者氏名			年齢 歳	生年月日
	個人番号				年 月 日
	受診者住所	〒			
		電話番号			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係	
	個人番号				
	保護者住所	〒			
		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	次のア、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	次の1～6のいずれかに当てはまるものがあれば○をつける。				
	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2万3千5百円未満			
	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2万3千5百円以上			
	上記4、5、6に該当する場合、次に当てはまるものがあれば○をつける。（該当がない場合は記入不要）				
	1	同一世帯で、過去12か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。  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月 日</span> <span>申請者氏名(自署)</span> </div>					

(遠軽町記入欄)

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回区分	生保・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
今回区分	生保・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 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 ( )				
備考					