自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 電　話番　号 |  |
| 受診者住所 |  |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ |  | 受診者との関　　　係 |  |
| 保護者氏名 |  |
| フリガナ |  | 電　話番　号 |  |
| 保護者住所 |  |
| 負担額に関する事項 | 保険証 | 記　号 | 番　号 | 名　　称 | 番　号 |
|  |  |  |  |
| 受診者と同一保険の加入者 |  |
| 該当する所得区分 | 生保・低所得1・低所得２・中間１・中間２・一定以上 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 |
| 身体障害者手帳 | 申請中・有（手帳番号：　　　　　　　第　　　　　　　号　　種　　級） |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 |  | 名　　称 | 所在地・電話番号 |
| 医療機関 |  |  |
| 薬　　局 |  |  |
| 訪問看護 |  |  |
| 受給者番号 |  |
| 私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。　　　　年　　月　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　（記名押印又は自署）（宛先）秦野福祉事務所長 |

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 |  | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | 所得確認書類 |
| 今回所得区分 |  | 重度かつ継続 | 該当・非該当 |
| 前回受給者番号 |  | 備考 |
| 今回受給者番号 |  |

自立支援医療費（更生）に関する世帯状況及び同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者住所 |  |
| 受診者氏名 |  |
| 健康保険等の種類 | 被用者(本人)　被用者(家族)　国民健康保険　生活保護　その他（　　　　　） |

御本人及び同じ保険証に記載されている御家族の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 続柄 | 被保険者(○印) | 所得の状況（市町村記入欄） |
| 生年月日 | 市町村民税 | 所得割額又は収入額 |
| 受診者本人 |  |  |  | □課税 | 所得割　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月　　日 | □非課税 | 収入額　　　　　　　　円 |
| 御　家　族 |  |  |  | □課税 | 所得割　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月　　日 | □非課税 | 収入額　　　　　　　　円 |
|  |  |  | □課税 | 所得割　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月　　日 | □非課税 | 収入額　　　　　　　　円 |
|  |  |  | □課税 | 所得割　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月　　日 | □非課税 | 収入額　　　　　　　　円 |
|  |  |  | □課税 | 所得割　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　月　　日 | □非課税 | 収入額　　　　　　　　円 |
|  | 所得割合計額　　　　　　　　　　　円 |

１　１月１日現在の住所が現住所と異なる場合や、保険証の中に住所が異なる方がいる場合は、その理由を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

２　世帯の範囲の特例（該当する方は、右の欄にレ点を付してください。　　　　□

私と同一の健康保険に加入している（又は生活保護を受給している）のは、上記のとおりです。

また、自立支援医療を受給するにあたり、市町村が関係機関から必要な情報を収集することに同意します。

（宛先）

秦野市福祉事務所長

　　　　年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞