

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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	〒				電話番号			
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒				電話番号 ※2			
負担額に関する事項	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)		()		()		()		
	該当する所得区分 ※3	1 受診者が生活保護受給世帯に属する							
		2 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下							
		3 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の場合							
		4 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者（※4）の市町村民税所得割額が3万3千円未満							
		5 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が3万3千円以上23万5千円未満							
6 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が23万5千円以上									
重度かつ継続（該当する所得区分が4～6の場合のみ） ※5	1 受診者が腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）のいずれかに該当する								
	2 受診者が医療保険の多数該当（※6）の世帯に属する								
保護者の収入の種類（該当する所得区分が2または3の場合のみ）	1 給与収入等 2 年金収入（老齢・障害・遺族） 3 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉手当								
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 ※7									
<p>上記のとおり関係書類を添えて自立支援医療費の支給を申請します。 また、この申請に関して土幌町が必要とするときは、私の「世帯」・課税・所得状況について確認（照会）されることを了承します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">土幌町長 様</p>									

- ※1 変更（負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定）申請の場合、受診者欄及び変更のある欄をすべて記入してください。
- ※2 受診者と異なる場合に記入してください。
- ※3 該当すると思う番号に○をしてください。
- ※4 健康保険や共済組合の場合～受診者の医療保険の扶養者（被保険者、組合員）
国民健康保険の場合～受診者と一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員
該当すると思う番号に○をしてください。
- ※5 高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度
- ※7 再認定または変更申請の方のみ記入し、自立支援医療受給者証（育成医療）の写しを添付してください。