

自立支援医療（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 | | 年齢 | 生年月日 | | |
| | 受診者氏名 | | | 歳 | 年 | 月 |
| | フリガナ | | 電話番号 | - | | |
| | 受診者住所 | 〒 | | - | | |
| 個人番号 | | | | | | |
| 歳未満の場合 | フリガナ | | 受診者との関係 | | | |
| | 保護者氏名 | | 電話番号 | - | | |
| | フリガナ | | | - | | |
| 保護者住所※2 | 〒 | | | | | |
| 保護者個人番号 | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険証の記号及び番号 | 記号 | 番号 | 保険者名 | 国民健康保険・健康保険組合 全国健康保険協会・共済組合 | |
| | 受診者と同一保険の加入者※3 | | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者個人番号 | | | | | |
| | 該当する所得区分※4 | 生保・低1・低2・中間（中間1・中間2）・一定以上 | | | 重度かつ継続※4 | 該当・非該当 |
| | 障害年金等※5 | 有・無 | 老齢・障害・遺族・その他（ ） | | 級（収入額 円） | |
| 身体障害者手帳 | 第 | 号 | 等級 | 級 | 年 月 日交付 | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者含む） | 医療機関名 | | 所在地 | | 電話番号 | |
| | | | | | | |
| 受給者番号※6 | | | 既存の受給者証の有効期限 | | 年 月 日 | |

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 ☆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52条に定める自立支援医療費の支給認定のために、私及び私と同一の医療保険に加入している者の世帯構成、市町村民税の課税状況、所得額について、担当部局に確認されることに同意します。
 また、社会保険事務所・各種健康保険組合に必要な情報を確認されることに同意します。

申請者氏名
 ※7

年 月 日

久留米市福祉事務所長 宛て

久留米市受付印

- ※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合等）・再発行（理由も記載すること）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 ☆印の内容に同意された同一保険の加入者については、記名をすること。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う部分に○をつける。
- ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入。
- ※6 再認定・変更・再発行の場合のみ記入。
- ※7 申請者氏名については、上記☆印の内容に同意する場合において、必ず記名すること。

受給情報についての同意

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に基づく自立支援医療費給付に関する自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票について、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）から受給情報の問い合わせがあった場合、その情報提供を依頼した指定自立支援医療機関に対し、情報を開示（受給者証写しを送付）することに同意します。

氏 名

ここから下の欄には記載しないでください。

| | | | | |
|----------|---|--------|----------|--|
| 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 | 重度かつ継続 | 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 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | |
| 所得確認書類 | 個人番号 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（ ） | | | |
| 前回の受給者番号 | | | 今回の受給者番号 | |
| 備考 | | | | |