

様式第1号（表面）

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）									
障 害 者 ・ 児	フリガナ				年齢	歳	※1 生 年 月 日		
	受診者氏名						年 月 日		
	フリガナ								
	受診者住所								
	個人番号					電話番号			
受 診 者 が 1 8 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								
	保護者住所 ※2								
	保護者個人番号					電話番号 ※2			
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の加入医療 保険の記号及び番号					保険者名			
	受診者と同一保険の 加入者（氏名）								
	受診者と同一保険の加 入者（個人番号）								
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ 継続 ※4	該当 ・ 非該当		
	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 ※5									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。 この申請に関して、支給認定基準世帯員※の市町村民税の課税状況について、下関市が調査することに同意します。 なお、この調査にあたり、支給認定基準世帯員※全員の同意も得ています。 下関市長 様 申請日 年 月 日 申請者（保護者）氏名 ※同意いただけない場合、市町村民税の課税状況が確認できる資料の提出をお願いします。 ※支給認定基準世帯員 受診者の加入している保険が国民健康保険の場合 同一世帯の国民健康保険加入者全員 受診者の加入している保険が国民健康保険以外の場合 被保険者									

※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 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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	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									