

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）

※1

障害者・児	フリガナ	シモノセキ ハナコ		年齢	7	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名	下関 花子		受診者の名前を記入		〇〇年 〇月 〇日		
	フリガナ	シモノセキシ ナベチョウ						
	受診者住所	下関市南部町1番1号		受診者のマイナンバーを記入		日中連絡のつきやすい番号を記入してください		
	個人番号	123456543211		電話番号	083-2◇◇-△△△△			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	シモノセキ ハナオ		受診者との関係		父		
	保護者氏名	下関 花男						
	フリガナ							
	保護者住所 ※2							
負担額に関する事項	保護者個人番号	321235432123		電話番号 ※2				
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	1 2 3 4 5 6 ・ 7 8		保険者名	〇〇健康保険組合			
	受診者と同一保険の加入者（氏名）	下関 花美	下関 花太	受診者と同一の医療保険に加入している方全員の氏名・個人番号（マイナンバー）を記入				
	受診者と同一保険の加入者（個人番号）	111122223333	444455556666					
	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					
	〇〇病院 △△薬局							
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 〇〇年 〇月 〇日 申請者（保護者）氏名 下関 花男 被保険者名をご記ください。 ※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		