

自立支援医療（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

記入例

受診者	フリガナ	サカイシ ハナコ		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	年齢	6 歳	平成	22 年 1 月 〇 日						
	氏名	堺市 花子		医療を受ける人の名前を記入											
	住所	堺市堺区南瓦町3-1				電話番号	233-1101								
保護者	フリガナ	サカイシ ハナオ		受診者との続柄	<input checked="" type="radio"/> 父 <input type="radio"/> 母・祖父・祖母・( )										
	氏名	堺市 花男		保護者の方の名前を記入											
	住所	※1				電話番号	※1								
負担額に関する事項	保険の種類	国民健康保険 ・ <input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ 生活保護 ・ その他 ( )													
	受診者の被保険者証の記号及び番号	135790			医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入		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	氏名		個人番号											
		堺市 花男		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		堺市 花美		9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	堺市 花太		5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	
	該当する所得区分	※2		市民税非課税世帯の方のみ記入		所得1・低所得2		<input checked="" type="radio"/> 中間1・中間2・一定所得以上		重度かつ継続	※3		該当	<input checked="" type="radio"/> 非該当	
公的年金等受給状況	※4		有 ・ 無		公的年金等の種類			公的年金年間収入額	円/年						
身体障害者手帳番号	12345678		医療		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入		市民税非課税世帯の方で公的年金等の受給のある方のみ記入		電話番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関	〇〇病院		堺市〇区〇〇〇町〇〇〇番地		072-212-3456										
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局)	薬局名		所在地・電話番号												
受診を希望する指定自立支援医療機関(訪問看護)	訪問看護事業所名		所在地・電話番号												
受給者番号	※5		87654321		既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入										

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請にあたって、認定決定に必要な場合に限り、私及び家族の住民基本台帳、市民税課税台帳、公的年金の加入状況等について、官公署に対して調査を行なうこと、及び決定内容について指定医療機関に対して情報提供することに同意をします。

平成28年 4月 15日

(〒590-0078)

申請者 住所 堺市堺区南瓦町3-1

氏名 堺市 花男

印 ※6

申請者は、保護者(上記保護者欄と同一人物)が原則です。

- ※1 受診者本人と異なる場合のみ記入してください。
- ※2 裏面のチェックシートを参照のうえ、該当すると思う区分に○をしてください。  
(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯については、生活保護の区分となります。)
- ※3 裏面のチェックシートを参照のうえ、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 市民税非課税世帯の方は、裏面のチェックシート「3」を確認のうえ、公的年金等の有無及び必要事項を記載してください。
- ※5 再認定または変更の場合のみ記入してください。
- ※6 申請者の氏名を本人が自筆する場合は、押印を省略することができます。ただし、下記承諾欄は押印が必要となります。

※課税状況等確認承諾欄

平成28年 4月15日

堺市長 殿

堺市において、税務担当課又は福祉担当課に、私及び私の世帯の課税状況等について確認されることに同意します。

このことは、私の世帯員の同意を得ています。

申請者 住所 堺市堺区南瓦町3-1

氏名 堺市 花男

印

申請者は、上記支給認定申請者と同一人物です。