

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	年齢	8 歳	年 月 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											
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4			
保護者	フリガナ	サカイシ ハナオ	受診者との続柄	父 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 受診者本人と異なる場合は詳しく記入			電話番号											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9						
負担額に関する事項	保険の種類	国民健康保険 ・ 健康保険 ・ 生活保護 ・ その他（ ）														
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	135790		医療を受ける方の加入医療保険の記号及び番号・枝番を記入		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		得1・低所得2・中間1・中間2・一定所得以上		裏面チェックシートを参考に記入		該当すると思われる区分を記入								
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		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		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		072-212-3456		所在地・電話番号									
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
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。

〇〇年〇〇月〇〇日

(〒590-0078)

申請者 住所 堺市堺区南瓦町3-1

氏名 堺市 花男

堺市長 殿

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。

※課税状況等確認承諾欄（承諾いただけない場合は、課税証明書等の提出が必要となります。）

〇〇年〇〇月〇〇日

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

申請者は、上記支給認定申請者と同一人物です。