

| 自立支援医療（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）                                                                                                                                                                                               |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------|--|--|--|-----------|-------------|---------------|-------|--|--|--|
| 受診者                                                                                                                                                                                                                        | フリガナ                             |                               |          |  |  |  |           | 年齢          |               | 生年月日  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 氏 名                              |                               |          |  |  |  |           | 歳           |               | 年 月 日 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 住 所                              |                               |          |  |  |  |           | 電話番号        |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 個人番号                             |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| 保護者                                                                                                                                                                                                                        | フリガナ                             |                               |          |  |  |  |           | 受診者との続柄     | 父・母・祖父・祖母・（ ） |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 氏 名                              |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 住 所                              | ※1                            |          |  |  |  |           | 電話番号        | ※1            |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 個人番号                             |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| 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                |                               |          |  |  |  |           | 保険者名        |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            | 受診者と同一保険の加入者氏名                   | 氏名                            |          |  |  |  |           | 個人番号        |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| 該当する所得区分                                                                                                                                                                                                                   | ※2 生活保護・低所得1・低所得2・中間1・中間2・一定所得以上 |                               |          |  |  |  | 重度かつ継続    | ※3 該当 ・ 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                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関                                                                                                                                                                                                          |                                  | 医療機関名                         |          |  |  |  |           | 所在地・電話番号    |               |       |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（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                            |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>（〒 ー ）</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>堺 市 長 殿</p> |                                  |                               |          |  |  |  |           |             |               |       |  |  |  |

※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。

|                                                      |  |       |
|------------------------------------------------------|--|-------|
| ※課税状況等確認承諾欄                                          |  | 年 月 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                                               |  |       |
| 氏名                                                   |  |       |