

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	歳	生年月日			
	氏名							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					電話番号					
	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（ ）									
	受診者の被保険者証の記号及び番号					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	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	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											

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。

年 月 日

(千 一)

申請者 住所

氏名

堺市長殿

- ※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（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。）

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

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		年齢		生年月日	
受診者氏名		歳		年 月 日	
受診者住所					
病名		市記入欄		発症年月日	① 先天性 平成 年 月 日 ② 令和
障害の種類 (該当するものに○をつける)		(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害			
医療の具体的方針					
治療	治療見込期間	入院治療期間	年月日 ~ 年月日	日間	} 通算 日間
		通院治療回数並びに期間	年月日 ~ 年月日	回 日間	
		訪問看護予定回数並びに期間	年月日 ~ 年月日	回 日間	
療	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円
		通院治療費	円		
		訪問看護等	円		
移送費見込額		円			
医療費及び移送費合計額		円			
治療後における障害の回復状況の見込					
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。					
年 月 日					
医療機関コード <input type="text"/>					
指定自立支援医療機関名					
電話番号					
担当医師名					