

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所					電話番号			
受診者が18歳未満の 場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2			
自治体 に 届ける 事項	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								
	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				重症かつ 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 社手帳番号					
受診を希望する指定自 立支援医療機関（病 院・訪問看護事業者を 含む）	医療機関名				所在地・電話番号				
受給者番号 ※5									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。									
申請者氏名					印 ※6				
平成 年 月 日									
中 川 町 長		殿							

- ※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。
 ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

..... 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		送達年月日		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				重症かつ 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				重症かつ 継続	該当・非該当
所得控除書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証	
前回の受給者番号				今日の受給者番号		
備 考						

同意書

平成 年 月 日

同意書 住所
(受診者)
氏名
(受信者が18歳未満の場合は、保護者)

私の「世帯」について、次の事項を確認（照会）されることに同意します。

記

- 1 確認（照会）事項
「世帯」・課税・所得状況の確認
- 2 照会・確認理由
自立支援医療の支給認定申請書（みなし認定申告）にあたって、提出書類等では「世帯」・課税・所得状況の確認が困難であるため。

課税状況等報告書

次のとおり報告します。

平成 年 月 日

住民サービス課税務担当

8

申請者の属する 世帯員の氏名	平成 年度 住民税	平成 年分 所得額	備考
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	