

記載例

支援医療費（更生・育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※申請の内容に○をつける。

|   |                       |                          |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
|---|-----------------------|--------------------------|---|------|---|---|--------------------------------------|------|-----------------|----------|---------------------------|---------|------|---------|----|-----------|--|
| 障害者・児   | 受診者氏名                 | ミョウコウ ハナコ                |   |      |   |   |                                      | 性別   | 男・ <del>女</del> | 年齢       | 7歳                        | 生年      | 明治昭和 | 大正平成    | 令和 | 〇〇年△△月××日 |  |
|   | フリガナ                  | ミョウコウシ サカエチョウ            |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           | 電話番号    |      | △△-〇〇〇〇 |    |           |  |
|   | 受診者住所                 | 妙高市栄町△-×                 |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
|   | 受診者個人番号               | 〇                        | 〇 | 〇    | 〇 | △ | △                                    | △    | △               | ×        | ×                         | ×       | ×    |         |    |           |  |
| 受診者が18歳未満の場合  | フリガナ                  | ミョウコウ ハナオ                |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           | 受診者との関係 |      | 父       |    |           |  |
|   | 保護者氏名                 | 個人番号（12桁）を記入する。<br>妙高 花男 |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
|   | フリガナ                  | ミョウコウシ サカエチョウ            |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           | 電話番号※2  |      | △△-〇〇〇〇 |    |           |  |
|   | 保護者住所※2               | 妙高市栄町△-×                 |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
| 保護者個人番号   | 〇                     | 〇                        | 〇 | 〇    | △ | △ | △                                    | △    | ×               | ×        | 医療を受けるかたが加入している保険者名を記入する。 |         |      |         |    |           |  |
| 負担額に関する事項   | 受診者の被保険者証の記号及び番号      | 1111 135790              |   |      |   |   |                                      | 保険者名 |                 | 〇〇〇〇保険組合 |                           |         |      |         |    |           |  |
|   | 受診者と同保険の加入            | 氏名                       |   | 個人番号 |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
|   |                       | 妙高 花男                    |   | 〇    | 〇 | 〇 | 〇                                    | △    | △               | △        | △                         | ×       | ×    | ×       | ×  |           |  |
|   |                       | 妙高 花美                    |   | 〇    | 〇 | 〇 | 〇                                    | △    | △               | △        | △                         | ×       | ×    | ×       | ×  |           |  |
|   |                       |                          |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
| 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 |                          |   |      |   |   |                                      |      |                 | 重度かつ継続※4 | 該当・非該当                    |         |      |         |    |           |  |
| 身体障害者手帳番号   | 123456789             |                          |   |      |   |   | 精神障害者保健福祉手帳番号                        |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）  | 医療機関                  |                          |   |      |   |   | 所在地・電話番号                             |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
|   | 〇〇〇〇病院<br>□□□□薬局      |                          |   |      |   |   | 妙高市栄町〇〇〇 〇〇-××××<br>妙高市栄町□□□ □□-×××× |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |
| 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。<br>申請者氏名 妙高 花子<br>令和 〇〇年 △△月 ××日<br>妙高市長 宛て |                       |                          |   |      |   |   |                                      |      |                 |          |                           |         |      |         |    |           |  |

※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。

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  | 進達年月日   | 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   | 重度かつ継続 | 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   | 重度かつ継続 | 該当・非該当 |
| 所得確認書類   | 個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証<br>生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ） |        |        |
| 前回の受給者番号 | 今回の受給者番号  |        |        |
| 前回の有効期限  | 月額自己負担上限額   |        |        |
| 診断書の提出   |   |        |        |
| 備考       |   |        |        |