

(表面)

自立支援医療費(育成・更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1						
障害者・児	ふりがな				年齢	生年月日
	受診者氏名					歳
	受診者居住地	〒 一 和歌山市			電話番号	
	個人番号					
受診者が18歳未満の場合	ふりがな				受診者との関係	父・母 その他()
	保護者氏名					
	保護者居住地 ※2				電話番号 ※2	
保護者の個人番号						
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	(記号) (番号)	保険者名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 和歌山市国民健康保険 <input 5"="" type="checkbox/>() </td> </tr> <tr> <td>受診者と同一保険の加入者・個人番号</td> <td colspan="/> 別紙同意書兼世帯状況申出書のとおり		
	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					
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。)	医療機関名			所在地・電話番号		
	(病院又は診療所)					
(薬局等)						
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。 所得区分の決定について必要のあるときは、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し照会し又は閲覧することを承諾します。 申請者氏名 令和 年 月 日 (宛先)和歌山市福祉事務所長 (和歌山市保健所長)						

- ※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

自治体記入欄

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

世帯構成員番号		障害		受給者番号		認定年月日
決定所得区分	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	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 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()					
医療機関	名称			受診者の被保険者証の記号及び番号		
				保険者名		
有効期間	～			保険区分	社本・社家・国保・その他	
				特定疾病	有・無	医療方針

(裏面)

保護者全員の年金等収入について該当する内容にチェックしてください。

(市民税が非課税の方のみ記載してください。)

年金の受給状況について	<input type="checkbox"/> 老齢年金(国民、厚生、共済)を受給している。
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金(国民)を受給している。 ※2級年金を受給されている方は年金額がわかるものを添付ください。
	<input type="checkbox"/> 障害年金(厚生・共済)を受給している。 ※年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。
	<input type="checkbox"/> 遺族年金(基礎・厚生・共済)を受給している。 ※年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当を受給している。
	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金、障害を事由として支給される労災による年金及び一時金を受給している。 ※年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。
	<input type="checkbox"/> 上記の年金等はいずれも受給していない。

※ 年金等収入が年額80万以下の方は、「年金等証書+振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号 — —		