

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※5 申請者氏名 （世田谷区民であること） _____ 申請者住所 ☐ 本人と同じ ☐ 本人と異なる 区内送付先※6 令和 年 月 日 世田谷区長 あて	健康づくり課受付印	健康推進課受付印

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※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 再認定の方のみ記入する。
※5 申請者氏名については、自筆による署名とすること。
※6 申請者が本人と異なる住所の場合、区内送付先を記入する。

ここから下の欄には記入しないでください。

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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（	市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証		
保険情報確認書類	健康保険証の写し 資格確認書の写し マイナポータル画面の写し				
疾病コード		補 装 具	有 ・ 無	新規 ・ 継続	
前回認定期間	年 月 日～	年 月 日	入 院	日 通 院	回 日
初回交付日	年 月 日	受給者番号			
交付日	年 月 日	認定期間	年 月 日～	年 月 日	

	1. 個人番号カード	2. 通知カード	3. 住民票の写し（個人番号入り）	4. 住民基本台帳等の確認	5. その他（ ）		
＜本人確認＞							
	1. 個人番号カード	2. 運転免許証	3. 運転経歴証明書	4. 旅券	5. 在留カード	6. 特別永住者証明書	7. その他（ ）