

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書

本人	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	年齢	歳	生年月日		
						平成 令和	年	月
	フリガナ 住所	〒 ー 区 丁目 番 号			電話番号	()		
	個人番号							
保護者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日		本人との関係		
	フリガナ 住所 ※1	〒 ー 区 丁目 番 号			電話番号 ※1	()		
	保護者 個人番号							
負担額に関する事項	保護者の被保険者証の記号及び番号				保険者番号			
	保護者と同一保険の加入者							
	保護者と同一保険の加入者個人番号							
	該当する所得区分 ※2	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※3	該当 ・ 非該当	
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			
	受給者番号 ※4							
<p>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</p> <p>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日 世田谷区長 あて</p>					<p>【以下の項目に同意できない場合は、□の欄に×印を記載してください】</p> <p><input type="checkbox"/> 障害者総合支援法による利用者負担額決定のために、申請者及び申請者と同一世帯に属する者の収入及び課税状況、手当、国民健康保険等の受給状況について、1月1日の住民票あった自治体が保管する課税台帳及び世田谷区健康づくり課が管理する世帯台帳、保健福祉部国保・年金課長の保管する国民健康保険台帳で確認します。</p>			

- ※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。

健康づくり課受付印	健康推進課受付印

■事務処理欄■

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	到達年月日			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	
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

<個人番号確認>

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 ()
------------	----------	------------	-------	----------	-------------	------------