

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書

【新規・継続・変更（保険・所得区分・医療機関）・転入】※1

障害者・児	フリガナ											年齢		歳		生 年 月 日				
	受診者氏名											個人番号								年 月 日
	受診者住所											電話番号		— —						
	転入前の住所											転入年月日		年 月 日						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ											個 人 番 号		受 診 者 との続柄						
	保護者氏名																			
	保護者住所 ※2											電話番号 ※2		— —						
	転入前の住所											転入年月日		年 月 日						
加入医療保険に関する事項	保険の種類	健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護（管轄）																		
	受診者と同一保険の他の加入者 ※医療機関の変更のみの場合は、記載しないでください。	氏 名											個 人 番 号		受診者の加入医療保険の 記号・番号 ※3	記号		番号		
												公的年金等受給の有無※4		公的年金等の種類						
変更年月日	年 月 日										有 ・ 無		年間収入額		円／年					
該当する所得区分	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							
身体障害者手帳番号											自立支援医療 受 給 者 番 号									
受診を希望する指定 自立支援医療機関	医 療 機 関 名										所 在 地 ・ 電 話 番 号									
	病院											電話： ()								
	薬局											電話： ()								
	訪問看護											電話： ()								
変更年月日	年 月 日																			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。 年 月 日																				
申 請 者 氏 名 〔 障害児の場合は、 その 保 護 者 〕 摂津市長 様																				

※1 新規・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更申請の場合）・転入のいずれかに○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。また、受診者本人の申請で施設入所による居住地特例の場合は、入所前の居住地を記入してください。
※3 生活保護受給中の場合は、記入は不要です。
※4 市町村民税非課税世帯の方は、受給している公的年金等の有無及び必要事項を記載してください。なお、記載がない場合は、所得区分が「低2」（負担上限額：5,000円/月）となる場合があります。

-----ここから下の欄には、記入しないでください。-----

市町村記入欄					
申請受付日	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	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	
所得確認方法	☐ 個人番号 ☐ 市民税課税証明書又は台帳 ☐ 市民税非課税証明書又は台帳 ☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 ☐ その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の有効期間	年 月 日～ 年 月 日	今回の有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
備考					