

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								
健康保険証に関する事項	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				受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号 ※3	記号			番号		
		公的年金等受給の有無※4				公的年金等の種類																	
		有・無				年間収入額	円/年																
	変更年月日	年 月 日																					
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	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市民税課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 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					