

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	フリガナ		年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名				年	月	日		
	個人番号								
	フリガナ		電話番号						
受診者住所									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係						
	保護者氏名								
	個人番号		電話番号 ※2						
フリガナ									
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		保険者名						
	受診者と同一保険の加入者								
	個人番号								
	該当する所得区分 ※3	生保 ※4	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	重度かつ継続 ※5	該当
障害年金等受給の有無	無・有（障害（基礎）級・障害（厚生）級・老齢・遺族） ※年金証書の写し又は年金振込通知書の写し等を添付								
特別児童扶養手当等受給の有無	無・有（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）								
その他収入の有無	無・有（その他収入の内容：）								
身体障害者手帳番号		受給者番号 ※6							
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					
特定疾病療養受療証の有無 ※9	有	無	【自己負担限度額】		万円	【発効期日】	年	月	日

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  
 所得状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されること、及び「世帯」の範囲について、国民健康保険上の規定に基づく被保険者台帳等により確認されることを承諾します。  
 自立支援医療受給者証交付に必要なときは、年金事務所又は各共済組合等に対し、障害等級及び年金種別、支給額(年額)を照会することに同意します。

(申請者) [本人と同一生計の世帯員] ※8  
 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
 ※ 受診者の年金受給： 有 ・ 無  
 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 北九州市長 様

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をつけてください
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください
- ※3 該当すると思う区分に○をしてください(右欄参照)
- ※4 生活保護者確認…担当ケースワーカー氏名 ( )  
 ケース番号 ( )
- ※5 該当すると思う区分に○をしてください(右欄参照)
- ※6 再認定または変更の方のみ記入してください
- ※7 申請者氏名と受診者氏名が同じ場合も、記名・押印してください
- ※8 申請者・受診者を除く。世帯員が多いときは、余白に記入・押印してください
- ※9 該当者は別紙の同意書へ記名・押印してください

- ※3 所得区分  
 生 保 : 生活保護世帯  
 低 1 : 市町村民税非課税世帯 本人(保護者)収入80万円以下  
 低 2 : 市町村民税非課税世帯 本人(保護者)収入80万円を超える  
 中 間 1 : 市町村民税(所得割) 3万3千円未満  
 中 間 2 : 市町村民税(所得割) 2万3千円未満  
 一 定 上 : 市町村民税(所得割) 2万3千円以上
- ※5 重度かつ継続  
 ①育成・更生医療…腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法のみ)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法のみ)  
 ②医療保険の高額療養費で多数該当の方