自立支援医療費支給認定申請書

年　　月　　日

　　　いわき市長　様

　注意　１　太枠の中だけ記入してください。

　　　　２　□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療区分 | □　更生医療　□　育成医療 | 申請区分 | □　新規　　□　再認定　　□　変更 |
| 受診者 | フリガナ |  | 性別 | □　男□　女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 住所 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| 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 |  |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |
| 保護者住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 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 |  |
| 保険の区分 | □　健保（□　本人　　□　家族）　　□　国保（□　一般　□　退職本人　□　退職家族）□　船保（□　本人　　□　家族）　　□　各種共済（□　本人　□　家族）□　後期高齢者医療□　生保（□　受給中　□　申請中）　□　労災　□　保険未加入　□　その他（　　　　　　　） |
| 受診者と同一保険の加入者氏名 |  | 受診者の属する被保険者証の記号番号 |  |
| 該当する所得区分 | 生活保護世帯 | 市町村民税非課税世帯 | 市町村民税課税世帯 |
| 受診者の年間所得額 | 円 | 属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税所得割額 | 円 |
| □　生保 | （80万円以下） | （80万円超） | (３万３千円未満) | (23万５千円未満) | (23万５千円以上) |
| □　低所得１ | □　低所得２ | □　中間所得１ | □　中間所得２ | □　一定以上 |
| 重度かつ継続（所得区分が中間所得１、中間所得２又は一定以上の場合） | □　該当　　　　□　非該当 |
| 身体障害者手帳番号 |  | 精神障害者保健福祉手帳番号 |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局及び訪問看護事業者を含む） | 医　療　機　関　名 | 所　　　　　在　　　　　地 | 電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 現在の受給者番号 |  | 現在の受給者証の有効期限 | 年　　月　　日　 |
| 支給認定基準世帯員 | 氏　　名 | 個人番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名　　　　　　　　印　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 | 年　　　月　　　日　 | 進達年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 認定年月日 | 年　　　月　　　日　 | 世帯確認書類 | □　被保険者証等　□　住民票　□　不要 |
| 前回所得区分 | 　□　生保　□　低所得１　□　低所得２　□　中間所得１　□　中間所得２　□　一定以上 |
| 今回所得区分 | 　□　生保　□　低所得１　□　低所得２　□　中間所得１　□　中間所得２　□　一定以上 |
| 所得確認書類 | 　□　市町村民税課税証明書　□　市町村民税非課税証明書　□　標準負担額減額認定証　□　生活保護受給世帯の証明書　□　その他収入等を証明する書類（　　　　　　　　　　　　） | 所得確認同意書 | □　有　□　無 |
| 前回の受給者番号 |  | 今回の受給者番号 |  |
| 備考 |  |