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 |  | | | | |