

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	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	〒 明石市		電話番号		
保護者	フリガナ			受診者との続柄		
	氏 名	個人番号：				
	住 所	〒 明石市		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	記号	番号	保険者名	国保・健保組合・共済組合 全国健康保険協会 支部 後期高齢者医療・生活保護法	
	受診者と同一保険の加入者・個人番号					
	該当する所得区分※2	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続※3	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号						
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		
	病院・診療所			〒		
	病院・診療所			〒		
	薬局			〒		
	訪問看護事業者			〒		
受給者番号 ※4						
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※5（なお、私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市民税等の調査を依頼します。）</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">明石市長 様</p>						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 調査を依頼されない場合には、二重線でこの行を抹消してください。
- ※6 未婚のひとり親世帯の方は地方税法上の寡婦（夫）控除等がみなし適用されることがありますので、お申し出ください。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					