

別記第23号様式（第12条第1項、第13条第1項関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																				
受診者	フリガナ									年齢	生 年 月 日									
	氏 名									歳	年 月 日									
	個人番号																			
	住所 電話番号	〒 電話番号 —																		
	既存の受給者証番 号									既存の受給者 番号の有効期限	令和									
受診者が 18歳未満	フリガナ									受診者との 関 係										
	保護者氏名																			
	保護者個人番号																			
	保護者住所 電話番号	〒 電話番号 —																		
保険に 関する 事項	受診者の 加入医療保険 の記号・番号									保険者名										
	受診者と同一保険 の加入者 (受診者との続柄)	()								()										
	受診者と同一保険 の加入者個人番号																			
世帯 特例	次のいずれにも当てはまるため、健康保険上の世帯ではなく受診者（及びその配偶者）のみの世帯とすることを申請します。（○を付けてください。） ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子どもの税制上の扶養控除になっていない。 ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子どもの健康保険上の扶養控除になっていない。																			
月 額 上 限 額 区 分	次のいずれかに当てはまるものがあれば○を付けてください。																		高額治療継続者	
	受診者が生活保護世帯に属する																			
	市民税非課税 世帯に属する	本人の収入（年金・手当等を含む）が82.65万円以下																		
		本人の収入（年金・手当等を含む）が82.65万円を超える																		
	市 民 税 課 税 世 帯	市民税額（所得割） < 33,000円																		
		33,000円 ≤ 市民税（所得割） < 235,000円																		
		市民税（所得割）が235,000円以上																		
上記高額治療継続者であって腎臓機能障害・小腸機能障害・肝臓機能障害・免疫機能障害のいずれかに該当																				
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・訪問看護を含む) ※利用する医療機関 (各1か所)	医 療 機 関 名									所 在 地・電話番号										変更の場合、変更予定月・期間
																			開始 年 月 日より	
																			期間 年 月 日まで	
																			理由	
滝川市福祉事務所長 様 上記のとおり申請します。 申請者氏名											市 記 入 欄									
											申 請 受 付 年 月 日									
											No.									