

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							電話番号 —					
受診者が18歳未満	既存の受給者証番号							既存の受給者番号の有効期限	令和				
	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 —						
保険に関する事項	受診者の被保険者証の記号・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	次のいずれにもあてはまるため、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	次のいずれかにあ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											<input type="checkbox"/>	
	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80万円以下										<input type="checkbox"/>	
		本人の収入（年金・手当等を含む）が80万円を超える										<input type="checkbox"/>	
	市民税課税世帯	市民税額（所得割） < 33,000円										<input type="checkbox"/>	
		33,000円 ≤ 市民税（所得割） < 235,000円										<input type="checkbox"/>	
市民税（所得割）が235,000円以上										<input type="checkbox"/>			
分	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											<input type="checkbox"/>	
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、変更予定月日・期間				
								開始	年 月 日より				
								期間理由					
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						
							年 月 日			申請受付	年 月 日		
										No.			