

既に育成医療の受給者証をお持ちの方は記入してください。

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

申請の内容に○をつけてください

(新規) 転入・再認定・変更

いずれかに○をしてください。

受診者	受給者番号	123456789012		生年月日	平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	フリガナ	クラシキ イチロウ			令和	(〇〇 歳)	
	氏名	倉敷 一郎					
	住所	〒 710 - 0834 倉敷市笹沖170番地 メゾンホケンカ101			申請者と異なってもよいので、日中に連絡を取りやすい方を記入してください。		
保護者	フリガナ	クラシキ タロウ	受診者との続柄	日中連絡を取りやすい方の連絡先			
	氏名	倉敷 太郎	父	① (090) 1234 - 56789 (父・母・その他())			
	住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 受診者に同じ	受診者と同じ場合は、□に✓をつけてください。	② (090) 56789 - 1234 (父・母・その他())			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号・番号	123 4567	保険者名	全国健康保険協会 岡山支部			
	重度かつ継続	該当・ <input checked="" type="radio"/> 非該当	【重度かつ継続の対象者】 (1)腎臓機能障害(人工透析・腎移植後の抗免疫療法に限る)、小腸機能障害(中心静脈栄養法による治療に限る)、免疫機能障害(HIV)、心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の方 (2)「世帯」で、過去12か月に3回以上高額療養費に該当する治療を受け、その給付を受けた方				
	特定疾病受療証	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	※お持ちの場合はコピーを添付してください。				
身体障害者手帳番号	倉敷市第 123456 号						
受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号				
	〇〇〇〇病院		倉敷市〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	△△△△薬局		倉敷市〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
		処方箋により、薬局を利用する場合は、必ず記入してください。					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給認定を申請します。申請後、医療保険の世帯及び保護者に係る所得・課税状況、手当等受給状況(生活保護受給状況含む)、医療保険加入状況、年金受給状況の調査について、調査すること並びに年金事務所や県等関係機関に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。</p> <p>倉敷市長 あて</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>申請者氏名(保護者) <u>倉敷 太郎</u></p>							

倉敷市記入欄

<<裏面も記入してください。>>

来所者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人(個人番号提供についての委任状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	受付印
来所者確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 自立支援(育成医療)受給者証 <input type="checkbox"/> その他()	
番号確認書類	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票) <input type="checkbox"/> 無	
資格情報の確認方法	<input type="checkbox"/> 共通基盤端末 <input type="checkbox"/> マイナポータルによる資格情報の提示 <input type="checkbox"/> その他()	

●添付書類

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書
資格情報が分かるもの

自立支援医療(育成医療)意見書

※その他、条件に応じて追加書類が必要です。

■支給認定基準世帯員

- ・国保・国保組合の方は加入者全員
- ・社保(協会けんぽ・共済 等)の方は受診者本人と被保険者
- ・生保の方は受診者本人のみ

氏名	受診者との続柄	生年月日	1月1日時点の住所(1~6月は前年)
倉敷 一郎	本人	平成 ○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
	個人番号		
倉敷 太郎	父	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
	個人番号		
倉敷 花子	母	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
	個人番号		
倉敷 花代	姉	昭和 平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
	個人番号		
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所()
	個人番号		

■収入申告(医療保険の「世帯」が非課税世帯かつ世帯収入が80万円以下の方のみ、記入してください。)
○前年の年金・手当等の給付額※がわかるもの(年金証書・振込通知書・通帳の写しなど)を提出してください。

※「前年の年金・手当等の給付額」とは、次の障害基礎年金や特別児童扶養手当等を指します。
該当するものに☑を入れてください。

【障害基礎年金等】

- 障害基礎年金 遺族基礎年金 寡婦年金 障害年金 障害手当金 遺族厚生年金
障害一時金 障害共済年金 特別障害給付金 障害補償給付 障害給付 障害補償

【特別児童扶養手当等】

- 特別児童扶養手当 障害児福祉手当 特別障害者手当 経過的福祉手当

収入の種類		申請者の年間収入額
1	市町村民税所得・課税証明書の合計所得金額	
2	所得税法に規定する公的年金等の収入金額	
3	前年の年金・手当等の給付額※	

申請日の前年度中の収入について記入してください。
年金・手当等がない場合は、「なし」と記入してください。