

自立支援医療費（**育成**・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ							生年月日							
	受診者氏名							性別	男・女	年齢	歳	平成令和	年	月	日
	フリガナ							郵便番号							
	受診者住所	福知山市						電話番号							
	個人番号														
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係							
	フリガナ							電話番号 ※2							
	保護者住所 ※2														
	保護者個人番号														
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							
	受診者と同一保険の加入者及び個人番号														
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※4		該当・非該当					
	医療助成制度	<input type="checkbox"/> 子育て支援医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害児医療 <input type="checkbox"/> ひとり親医療													
	年金・手当等	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> その他の年金・手当（ ）													
	身体障害者手帳番号及び交付日	京都府第 年 月 日 交付 号						精神障害者保健福祉手帳番号及び交付日							
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								
	受給者番号 ※5														
	治療方針の変更 ※6	有 ・ 無						診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無					
私は、福知山市と京都府が協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を 申請します ・ 申請しません（いずれかに○をしてください。記入のない場合は申請したものとみなします。） なお、この制度を利用するにあたっては、京都府または福知山市が私の自立支援医療についての個人情報を確認することに同意します。															
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 ※8 令和 年 月 日 福知山市長 様															

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市自立支援医療（育成医療）費支給認定に係る事務に利用します。

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

<b>チェックシート ※3</b> *生保・・・ 生活保護を受けている世帯 *低1・・・ 市町村民税非課税（収入80万円以下） *低2・・・ 市町村民税非課税（収入80万円以上） *中間1・・・ 市町村民税課税（課税額3万3千円未満） *中間2・・・ 市町村民税課税（課税額3万3千円以上2万3千5百円未満） *一定以上・・・ 市町村民税課税2万3千5百円以上		<b>※4</b> *重度かつ継続・・・ ◎疾病等から対象となるもの 心臓機能障害、腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害 ◎高額療養費の多数該当 直近1年以内に3回以上、医療保険の高額療養費に該当したものの
--	--	--

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
所得確認方法	個人番号 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（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
診断書の提出	<del>医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規</del>				
備考	セーフティネット上限負担額 円				
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（住基・ ）				確認者
実存確認	<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"/> 身体障害者手帳				
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 通帳				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）				
申請者	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 代理人 代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）				