

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 受診者氏名					年齢	歳	生年月日						
	フリガナ 受診者住所					電話番号		明治 大正 昭和 平成 年 月 日						
	個人番号													
受診者が 18歳未満の 場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係								
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※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						
	身体障害者手帳 番号					精神障害者保健福祉 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								
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、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 令和 年 月 日 福知山市長 様						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。記載のない場合は、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、京都府又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。								

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、自立支援医療費（更生医療）支給事業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）

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	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				
備考					