

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	ふりがな				個人番号（マイナンバー）	年 齢		
	氏 名					歳		
	ふりがな				身体障害者手帳番号	生 年 月 日		
保護者	住 所	〒				年 月 日		
	ふりがな				個人番号（マイナンバー）	受診者との続柄		
	氏 名							
負担額に関する事項	住 所	〒				電 話 番 号		
	被保険者	上記保護者に同じ 本人 その他（氏名： _____）			受診者との続柄： _____			
	保険者名				受診者の被保険者証の記号及び番号			
負担額に関する事項	保険者番号							
	「受診者と同じ医療保険に加入する者」及び「住民票上の世帯員」	同一医療保険加入者	氏名	個人番号（マイナンバー）	生年月日	続柄	住所 ※受診者と異なる場合のみ記入	市民税額
			受診者本人					
	<input type="checkbox"/> 私は、上記同一医療保険加入者について、事実と相違ないことを申し立てます。							
該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 ※2				重度かつ継続 ※3	該当 ・ 非該当		
	「低1」または「低2」に該当する方のみ以下に☑してください。 年金・手当の受給の有無 ※4：☐無 ☐有 年額（ _____ 円）							
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名				所在地・電話番号			
	医療機関等				(☎ : _____)			
*薬局・訪問看護事業者を含む	薬局 (院外処方のみ記入)				(☎ : _____)			
受給者番号					※再認定または変更の方のみ記入			
*以下について、同意する場合は、☑をつけてください。同意されない場合は、書面での提供が必要となります。								
<input type="checkbox"/>	私は申請にあたり、仙台市が私及び世帯員の仙台市市民税情報及び特別児童扶養手当受給状況について調査・閲覧することに同意します。							
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条第1項の規定による自立支援医療の支給を受けたいので、医師の意見書を添えて、上記のとおり申請します。								
年 月 日								
(あて先) 仙台市保健所長								
申請者氏名 _____								

※1 新規・再認定・変更（自己負担上限月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、※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 障害年金、遺族年金、老齢年金、寡婦年金等の公的年金または特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当等の各種手当の受給の有無をいう。

自治体記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日		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
所得確認書類	☐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	
備考			