

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 (障がい者・児)	フリガナ					年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名							年	月	日
	受診者住所 ・電話番号	〒				電話番号			-	
	個人番号									
	医療費受給者証受給者番号(乳幼児医療費、重度心身障害者、ひとり親家庭等)									
受診者が 18歳未満	フリガナ					受診者との 関係				
	保護者氏名									
	保護者住所 ・電話番号	〒				電話番号			-	
保護者個人番号										
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(受診者か らみた続柄) ・生年月日 ・個人番号	個人番号	() 年 月 日生			個人番号	() 年 月 日生			
		個人番号	() 年 月 日生			個人番号	() 年 月 日生			
		個人番号	() 年 月 日生			個人番号	() 年 月 日生			
		個人番号	() 年 月 日生			個人番号	() 年 月 日生			
月額負担 上限に 関する 事項	下記の1~6のいずれかあてはまるものに○をつけてください。									
	1	受診者が生活保護受給世帯に属する。								
	2	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入(年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の収入を含む)がそれぞれ80万円以下								
	3	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の場合								
	4	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者(※2)の市町村民税所得割の合計が3万3千円未満								
	5	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満								
	6	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割の合計が23万5千円以上								
下記にあてはまるものがあれば○をつけてください。(該当がない場合は記入不要です。)										
同一世帯で、過去12か月以内に高額療養費の支給を受けた月が3回以上ある										
心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)、又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 に該当する										
受給者番号 ※3										
身体障害者手帳番号					精神障害者手帳番号					
受診を希望する指定自 立支援医療機関(薬 局・訪問看護事業者を 含む) ※現在、利用されてい る医療機関等	医療機関名				所在地・電話番号					
					(-)					
				(-)						
(複数の医療機関(薬局を除く)を申請する場合は、理由を詳しく記入してください。)										
(あて先) 札幌市長 上記のとおり申請します。 申請者(保護者)氏名					<区記入欄>					
					整理番号等					
					備考					

※1 変更(自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定)の場合、受診者欄及び変更のある欄を全て記入してください。

※2 健康保険の保険料の算定対象者とは、以下の方を指します。

・国民健康保険の場合 ⇒ 一緒に国民健康保険に加入している方全員

・健康保険(被用者保険)に加入している場合 ⇒ 医療保険上の扶養者(被保険者)

※3 再認定または変更の方のみ記入してください。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。