

記載例 自立支援医療費(更生医療)支給認定(新規・再認定・変更)申請書※

(障害者・児者)	受診者氏名	年齢	歳	生年月日	年	月	日	
	受診者住所・電話番号	申請内容に○をつけてください		電話番号()	-			
	既存の受給者番号(現在お持ちの証)	既存の受給者証の有効期限(現在お持ちの)	元号	年	月	日		
保険に関する事項	個人番号	医療を受ける方が加入している被保険者証の記号及び番号を記入してください		医療を受ける方が加入している被保険者名を記入してください				
	受診者の加入医療保険の記号・番号	保険者名						
	種類	10 被用者保険(本人)・20 被用者保険(家族)・30 国保一般・40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族)・60 後期高齢者医療・70 生活保護(区保健福祉部)・90 その他()						
世帯特例	受診者と同一保険の加入者(受診者からみた続柄)	個人番号	個人番号					
	個人番号	個人番号						
	個人番号	個人番号						
月額負担上限額に関する事項	下記のいずれにもあてはまるため、健康保険上の世帯ではなく、受診者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請します。(○を付けてください)。 ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない。 ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者になっていない。							
身体障害者手帳番号	下記の1~6のいずれかあてはまるものに○を付けてください。							
	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、受診者の収入(障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む。)が基準額以下。			2・3を選択した方は、裏面の「年金・手当等の有無」についても記入してください。			
	3	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の者						
	4	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員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、健康保険の保険料の算定対象者全員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						
身体障害者手帳番号	上記4、5、6を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○を付けてください(該当がない場合は記入不要です。)							
	同一世帯で、過去12か月以内にすでに高額療養費の支給があった月が3か月以上ある。 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)、免疫機能障害 に該当する。							
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護を含む)※現在、利用されている医療機関等	身体障害者手帳番号	複数申請するのであれば、全て記入してください					所在地・電話番号	
	病院・クリニック						(-)	
	薬局	<input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外()	院外の場合のみ記入			(-)		
	訪問看護						(-)	
(あて先)札幌市 区保健福祉部長						<区記入欄>		
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療の申請及び利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得税の状況及び各種医療保険の加入状況等について貴職が調査することに同意します。						受付		
申請者氏名 _____ 届出者氏名 _____ (続柄 _____) ※申請者と同一の場合は記入不要です。						NO		

(裏面も「ざい」ます。)

※ 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のすべてを記入してください。
(裏面も「ざい」ます。)

<p>市町村民税 控除の有無 (※ 市町村民税 課税世帯のみ)</p>	<p>市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の有無について、次のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない </p> <p>寄付金税額控除の有無について、次のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない </p>																														
<p>該当する場合、チェックしてください</p>	<p>受けている場合は、「市民税・道民税 特別徴収税額の決定・変更通知書」 控除額の内訳が確認できる書類を提出してください。</p>																														
<p>16歳～18歳の 控除対象扶養親族に 関する申告 (※ 市町村民税 課税世帯のみ)</p>	<p>所得税法上の扶養親族のうち、自立支援医療の支給を申請する年の前年(申請月が1～6月の場合は前々年)の12月31日時点の年齢が16～18歳であった者について下記のとおり申告します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 25%;">氏名</th> <th style="width: 15%;">続柄</th> <th style="width: 15%;">生年月日</th> <th style="width: 15%;">同居・別居</th> <th style="width: 20%;">住所(別居の場合)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>同・別</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		氏名	続柄	生年月日	同居・別居	住所(別居の場合)	1				同・別						同・別						同・別		4				同・別	
	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	住所(別居の場合)																										
1				同・別																											
				同・別																											
				同・別																											
4				同・別																											
<p>年金・手当等の有無 (※ 市町村民税 非課税世帯のみ)</p>	<p>自立支援医療費の支給を申請する年の前年(申請月が1～6月の場合は前々年)において、 受診者に係る年金及びその他収入について、次のとおり申告します。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">《年金》</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 老齢年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 障害年金(級)【 円/年】 <input type="checkbox"/> 遺族年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 【 円/年】) </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">《手当》</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 【 円/年】) </td> </tr> </table>	《年金》	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 老齢年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 障害年金(級)【 円/年】 <input type="checkbox"/> 遺族年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 【 円/年】)	《手当》	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 【 円/年】)																										
《年金》	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 老齢年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 障害年金(級)【 円/年】 <input type="checkbox"/> 遺族年金 【 円/年】 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 【 円/年】)																														
《手当》	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 【 円/年】)																														
<p>該当するものにチェックし、金額を記入してください</p>	<p>該当するものにチェックし、金額を記入してください</p>																														

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。