

記入例

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1

障害者	フリガナ	トシマ タロウ		年齢	〇歳	生年月日		
	受診者氏名	豊島 太郎				大正昭和平成	〇年 〇月 〇日	
	個人番号	他のサービスも含めて初回の申請時のみ記入してください						
	受診者住所	豊島区〇〇〇 〇〇〇 〇-〇-〇					電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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	〇〇〇〇〇 (生活保護の方は記入不要)		保険者名	豊島区 または 社保 (生活保護の方は記入不要)			
	受診者と同一保険の加入者 ※2	氏名	受診者との関係	個人番号				
		該当者がいる場合、ご記入ください		他のサービスも含めて初回の申請時のみ記入してください				
		該当する所得区分 ※3		記入不要です 当				
身体障害者手帳番号	第〇〇〇〇〇〇号		受給者番号 ※5					
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				
	〇〇病院 ××薬局(院内処方の場合は薬局記入不要)			・豊島区〇〇 〇-〇-〇 (TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) ・豊島区〇〇 〇-〇-〇 (TEL〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
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 豊島 太郎 令和〇年〇月〇日 豊島区長								

同意書 自己負担額決定のため、私及び私の世帯(自立支援医療における世帯)の税務情報を公簿により調査することに同意します。

- ※1 該当する医療の種類及び新規(変更)再認定の申請の場合のいずれかに〇をする。
- ※2 受診者と世帯(住民基本台帳上)が同一である場合に〇をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当する区分を〇にする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当する区分を〇にする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。

必ずを入れてください!

----- 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

提出書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 給付要否意見書(概略書) <input type="checkbox"/> 見積り明細書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 同意書兼収入申告書 <input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書 (歯科矯正の場合) <input type="checkbox"/> 見積り明細書別紙「そしゃく機能障害者に対する歯科矯正」 (心臓手術の場合) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 診断書						
指定医療機関	<input type="checkbox"/> 該当	次回受診予定日	年 月 日				
手帳交付日/転入日	年 月 日 交付・転入	有効期間開始日	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	
送付方法	障害福祉課封筒・豊島区封筒・窓口(郵送不可)				受付		

本人	均等割額	所得割額	生・低1・低2 中間1・中間2	年少扶養 控除等	住宅借入金等 特別税額控除	寄付金 税額控除	確認印
----	------	------	--------------------	-------------	------------------	-------------	-----

世帯員			一定以上	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
-----	--	--	------	-------	-------	-------	--