

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

申請日 令和 年 月 日

神戸市 福祉事務所長 宛

私は、次のとおり、自立支援医療費の支給認定(新規・再認定・変更)を申請します。

この申請に関して、受診者及び受診者と同じ医療保険に属する世帯員全員の市民税の課税状況、生活保護の受給状況、国民健康保険の加入状況、基礎年金番号、特別障害者手当等手当の受給状況、身体障害者手帳等手帳の交付状況、及び指定医療機関の担当医師が把握する受診者の病状等疾病の状況を貴福祉事務所が調査・確認することに同意します。また、支給認定結果について指定医療機関に通知することに同意します。さらに、再認定または変更の支給認定申請を行う場合は、指定医療機関の担当医師がその必要性を記した意見書を貴福祉事務所長に提出することに同意します。なお、この調査・確認にあたり、受診者が属する世帯員全員の同意も得ています。

(注) 同意欄については、申請者本人が記入することが難しい場合は、世帯を代表する方の氏名でも結構です。

同意欄				
氏名				
個人番号				
受診者	フリガナ 氏名 ※2	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生		
	住所	個人番号		
保護者(受診者が18才未満の場合のみ記入)		フリガナ 氏名 ※2	続柄(受診者との関係)	
		個人番号		
		住所	電話 () -	
受診者が加入する医療保険等	被保険者証の記号及び番号	特定疾病	有・無 取得日 (年 月 日)	
	保険者名	国民健康保険(組合)・健康保険組合 全国健康保険協会・共済組合・後期高齢		
	被保険者※3 フリガナ 氏名(続柄) 生年月日 個人番号	() () ()	() () ()	() () ()
		明・大・昭・平・令 年 月 日生	明・大・昭・平・令 年 月 日生	明・大・昭・平・令 年 月 日生
生活保護の受給状況	有・無	実施機関	() 福祉事務所	
受診者と同一の医療保険加入者のうち、医療保険の保険料算定対象者※4が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、23万5千円未満(非課税を含む)である。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	高額治療継続者 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
身体障害者手帳	県市第 号 年 月 日交付	障害名	等級	
精神障害者 保健福祉手帳	県市第 号 年 月 日交付	療育手帳	県市第 号 年 月 日交付 障害程度	
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・病院・診療所・訪問看護ステーション)	指定自立支援医療機関名		備考	
	①			
	②			
	③			
	④			
⑤				
受給者番号※5	(有効期限 年 月 日)			

※1 変更(指定自立支援医療機関、自己負担上限額及び医療の具体的方針の変更)申請の場合は、変更する欄をすべて記入してください。

※2 申請者(受診者又は保護者)の氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとしてください。

※3 自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者・組合員(本人)のみ(被扶養者(家族)は除く)、国民健康保険の場合は一緒に国民健康保険に加入している方(被保険者)全員について、記入してください。

※4 自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者・組合員(本人)のみ、国民健康保険の場合は一緒に国民健康保険に加入している方(被保険者)全員のことで。

※5 新規に申請する場合は記入する必要はありません。再認定又は変更申請する場合は、自立支援医療受給者証を添付してください。