

自立支援医療（更生医療）支給認定申請書 <再認定>

フリカ`ナ		生 年 月 日			
受診者氏名		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
受診者住所		電話番号			
個人番号					
医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 倉敷市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 生活保護医療券 <input type="checkbox"/> それ以外の健康保険 *保険証（本人及び被保険者のもの）(写) *透析をされている方→特定疾病療養受療証（写）	同一医療保険の加入者			
保険者名	*倉敷市国保・後期高齢者医療制度の加入者は省略可。	保険証の記号番号			
受診を希望する医療機関名 *指定自立医療機関のみ		所在地・電話番号			
医療機関					
薬局 (院外処方のみ)					
訪問看護					
私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。 なお、申請者及び医療保険の世帯員の自立支援医療給付に係る所得調査（手当等受給状況を含む）・健康保険調査について、調査すること並びに年金事務所や県等関係機関に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。					
令和 年 月 日 申請者 _____ (受診者本人)					
倉敷市 社会福祉事務所長 宛					

(1) 世帯の所得について、該当する要件に○をつけてください。

(*注意* 自立支援医療における世帯とは、同じ医療保険に加入している家族をいいます。)

所得区分	世帯の課税及び本人収入の要件	記入欄	自己負担上限額	前回	今回
生保	生活保護世帯		0円		
低1	市民税非課税世帯 かつ 申請者の収入が80万円以下		2,500円		
低2	市民税非課税世帯 かつ 申請者の収入が80万円を超える		5,000円		
中間1	世帯の市民税所得割額が3万3千円未満		5,000円		
中間2	世帯の市民税所得割額が3万3千円以上23万5千円未満		10,000円		
一定以上	世帯の市民税所得割額が23万5千円以上		20,000円		

(2) 世帯の全員が非課税の場合、申請者の収入を申告してください。*収入額のわかるものを添付してください。

収入の種類	具体的な名称 (例：障がい年金 等)	金額 (年額)	例 年金額改定通知書 (写) 振込通帳 (写) 等
年金		円	
手当等	特別障がい者手当・特別児童扶養手当・()	円	

(3) 添付書類 『判定票』または『治療経過予定報告書』（作成は医療機関に依頼してください。)

.....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）.....

受給者番号	()	特定疾病の有無	<input type="checkbox"/> 確認済 (/)
備考			