第２４号様式（第１５条関係）

自立支援医療（育成医療）支給認定申請書〔新規・再認定・変

記載例

受診される方の氏名・性別・年齢・生年月日・住所・電話番号・個人番号を記入（不明の場合は未記入可）を記入。

児	フリガナ	クルメ　タロウ	年齢	歳
		久留米　太郎		Ｈ２０ 年 ３ 月 ２２ 日
	受診者住所	クルメシジョウナンマチ 〒 830-8520 久留米市城南町15-3	電話番号	0942－30－9035
	個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		

申請者（保護者）の氏名・性別・年齢・生年月日・住所・電話番号・個人番号（不明の場合は未記入可）を記入。

医療を受ける方が加入している保険者名を記入。

合８	フリガナ	クルメ　イチオ	受診者との関係	
		久留米　市雄		父
	※2	〒 同　上		同　上－
	保護者個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		

申請者（保護者）の被保険者証の記号及び番号を記入。

申請者（保護者）と同一医療保険に加入している方全ての氏名・個人番号（不明の場合は未記入可）を記入。

保険者証	記号 AA	番号 0000	保険者名	久留米市
				国民健康保険・健康保険組合 全国健康保険協会・共済組合
受診者と同一医療保険に加入している方	久留米　太郎	久留米　市雄	久留米　城南	
個人番号	000000000000	000000000000	000000000000	
該当する所得区分※4	生保・低１・低２・中間（中間１・中間２）・一定以上		重度かつ継続※4	該当・非該当
障害年金等※5	有・無	老齢・障害・遺族・その他（　　）	級（収入額　　円）	

市町村民税非課税世帯で、受診者本人の収入額を確認する場合、年金等の種類・等級・収入額（年額）を記入。

手帳をお持ちの方はその手帳番号・等級・交付年月日を記入。

身体障害者手帳	第　　号	等級　　級	交付
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者含む）	医療機関名	所在地	
	○○病院	久留米市○○町００－００	(0942) ○○-○○○○

再認定・変更の場合は既に持っている受給者番号・有効期限を記入。

受給者番号※6		既存の受給者証の有効期限	年　月　日

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

☆私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５２条に定める自立支援医療費の支給認定のために、私及び私と同一の医療保険に加入している者の世帯構成、市町村民税の課税状況、所得額について、担当部局に確認されることに同意します。

また、社会保険事務所・各種健康保険組合に必要な情報を確認されることにも同意します。

申請者氏名　久留米　市雄
※7

申請者（保護者名）を記名する。
☆印の内容に同意されない場合は、必要書類を自分で集めること。

年　月　日

久留米市福祉事務所長　宛て

久留米市受付印

※１　該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合等）・再発行（理由も記載すること）のいずれかに○をする。
※２　受診者本人と異なる場合に記入。
※３　☆印の内容に同意された同一保険の加入者については、記名をすること。
※４　チェックシートを参照し、該当すると思う部分に○をつける。
※５　※4で低１・低２に該当する場合のみ記入。
※６　再認定・変更・再発行の場合のみ記入。
※７　申請者氏名については、上記☆印の内容に同意する場合において、必ず記名すること。

受給情報についての同意

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費給付に関する自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票について、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）から受給情報の問い合わせがあった場合、その情報提供を依頼した指定自立支援医療機関に対し、情報を開示（受給者証写しを送付）することに同意します。

氏　名　久留米　市雄

指定自立支援医療機関からの受給情報の問い合わせについて、その情報の提供をしても良い場合は、記名すること。同意されない場合は、必ず自分で医療機関に受給者証を提出すること。（受給者証の提出がない場合、自立支援医療を使用できない恐れがあります。）

ここから下の欄には記載しないでください

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2		該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2		該当・非該当
所得確認書類	個人番号　市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）		減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備　考			