

自立支援医療費支給認定申請書

種別	内容		1 変更 (医・他) → 2 追加 (医・他) 3 保険変更		☆種別・内容ともに該当する項目に○印を記入	
更生医療	1 新規 2 再認定 3 変更 (市外からの転入)					
障がい者	フリガナ 受診者氏名		年齢	生 年 月 日		
	受診者住所		歳	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所			電話番号 — —		
	個人番号 (マイナンバー)					
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		保険者名 ・福岡市 ・ () 市町村 ・ () 健保組合 ・後期高齢者医療広域連合 ・全国健康保険協会 () 支部 ・その他 ()			
	受給者と同 一保険の加 入者名及び 個人番号 (マイナン バー) ※1	氏名		氏名		
		個人番号		個人番号		
		氏名		氏名		
		個人番号		個人番号		
		氏名		氏名		
	個人番号		個人番号			
	該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ 継続	該当 ・ 非該当	
	障害者年金等※2	有 ・ 無	老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ その他 ()	級 (収入額 円)		
	特定疾病療養受療証※3の有無		有 ・ 無 ※有の場合、自己負担上限額 1万円 ・ 2万円			
身体障害者手帳 番号・等級						
	指定自立支援医療機関名		所在地・電話番号			
受診を希望する 診療所・病院						
薬局						
受給者番号 (再認定・または変更の方のみ記入)						
(あて先)福岡市長			令和 年 月 日			
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
※4 氏名						

- ※1 医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者、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全員、後期高齢者保険の場合は、住民票上の同一世帯で後期高齢者保険に加入している方全員記載し、保険証のコピーを添付すること。
- ※2 該当する所得区分が低1・低2に該当する場合のみ記入し、年金受給額が分かるものを添付すること。
- ※3 特定疾病 (腎臓人工透析等) の方に各保険者から交付されるもの。交付を受けている方は受療証のコピーを添付すること。
- ※4 申請書氏名については、自筆による署名のときは押印不要です。

世帯の所得等の状況 氏名 _____

自立支援医療を受診するにあたり、私及び私の「世帯」の所得等の状況は下記のとおりです。

私及び私の「世帯」の住民登録資料、税務資料その他の関係資料について、自立支援医療の支給認定のために各関係機関に調査、照会、閲覧、請求することを承諾します。

※「世帯」とは、住民票上の世帯と異なり、同一の健康保険に加入している人を指します。国民健康保険と後期高齢者医療は、保険加入者全員、社会保険は本人と被保険者になります。

問1 あなたの「世帯」は、生活保護を受けていますか。 ・はい ・いいえ

※問1で「はい」と回答された方は以下の項目に回答不要です。

問2 6月末までに申請の方は今年の1月1日、7月以降に申請の方は今年の1月1日において、住民票が福岡市にありましたか？ ・はい ・いいえ

※問2で「いいえ」と回答された方は、前住所地を記載してください。 _____ 都 道 _____ 市 区

問3 あなたの「世帯」は、市町村民税を課税されていますか。 ・はい ・いいえ ・わからない

※問3で「いいえ」と回答された方のみ以下の問4、問5にご記入ください。

問4 自立支援医療を受診する方（18歳未満は保護者）は、地方税法第292条第1項13号に規定する合計所得金額が80万円を超えていますか（合計所得金額80万円は、給与収入では概ね145万円）。 ・はい ・いいえ ・わからない

問5 自立支援医療を受診する方（18歳未満は保護者）は、特別児童扶養手当等を受給されていますか。
なし ・あり【・特別障害者手当・障害児福祉手・経過的福祉手当・特別児童扶養手当】

※問3で「はい」と回答された方のみ以下の問6にご記入ください。

問6 「世帯」の市町村民税額（所得割）の額 ・3万3千円未満 ・23万5千円未満 ・23万5千円以上 ・わからない

問7 自立支援医療を受診する方は所得区分の「重度かつ継続」に該当しますか ・該当する ・該当しない

同意書

障害者総合支援法に基づく自立支援給付にかかる支給認定について、私及び私の「世帯」の課税状況について官公庁に照会することに同意します。

社会保険や共済組合保険に加入している場合は、本人と被保険者、国民健康保険の場合は一緒に加入している方全員分、後期高齢者保険の場合は同一世帯で後期高齢者保険に加入している方全員分を記入してください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者氏名 _____ 受給者住所 _____ (S・H・R 年 月 日生)

(印)

氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印) 氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印)

氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印) 氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印)

※問2で「はい」と回答された方は、自署による署名の場合は押印不要です。

記載例

世帯の所得等の状況

氏名 福岡 太郎

自立支援医療を受診するにあたり、私及び「世帯」の所得等の状況は下記のとおりです。

私及び私の「世帯」の住民登録資料、税務資料その他の関係資料について、自立支援医療の支給認定のために各関係機関に調査、照会、閲覧、請求することを承諾します。

※「世帯」とは、住民票上の世帯と異なり、同一の健康保険に加入している人を指します。国民健康保険と後期高齢者医療は、保険加入者全員、社会保険は本人と被保険者になります。

問1 あなたの「世帯」は、生活保護を受けていますか。

・はい いいえ

※問1で「はい」と回答された方は以下の項目に回答不要です。

問2 6月末までに申請の方は昨年(1月1日)、7月以降に申請の方は今年(1月1日)において、住民票が福岡市にありましたか？

・はい ・いいえ

※問2で「いいえ」と回答された方は、前住所地を記載してください。 福岡 都府県 新宮 市町村

問3 あなたの「世帯」は、市町村民税を課税されていますか。

・はい ・いいえ ・わからない

※問3で「いいえ」と回答された方のみ以下の問4、問5にご記入ください。

問4 自立支援医療を受診する方(18歳未満は保護者)は、地方税法第292条第1項13号に規定する合計所得金額が80万円を超えていますか(合計所得金額80万円は、給与収入では概ね145万円)。

・はい ・いいえ ・わからない

問5 自立支援医療を受診する方(18歳未満は保護者)は、特別児童扶養手当等を受給されていますか。

なし ・あり【・特別障害者手当 ・障害児福祉手 ・経過的福祉手当 ・特別児童扶養手当】

※問3で「はい」と回答された方のみ以下の問6にご記入ください。

問6 「世帯」の市町村民税額(所得割)の額

・3万3千円未満 ・23万5千円未満 ・23万5千円以上 ・わからない

問7 自立支援医療を受診する方は所得区分の「重度かつ継続」に該当しますか

・該当する ・該当しない

同意書

障害者総合支援法に基づく自立支援給付にかかる支給認定について、私の課税状況について官公庁に照会することに同意します。

社会保険や共済組合保険に加入している場合は、本人と被保険者、国民健康保険の場合は一緒に加入している方全員分、後期高齢者保険の場合は同一世帯で後期高齢者保険に加入している方全員分を記入してください。

令和 2 年 7 月 10 日

受給者氏名 福岡 太郎 受給者住所 福岡市中央区天神1-8-1 (Ⓢ・H・R 39年9月1日生) (印)
本人が手書きしない場合は、(※)に押印してください。

氏名 福岡 花子 (Ⓢ・H・R 39年7月16日生) (印) 氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印)

氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印) 氏名 _____ (S・H・R 年 月 日生) (印)

※問2で「はい」と回答された方は、自署による署名の場合は押印不要です。