

## 自立支援医療(育成医療)支給認定申請書

|  |                  |  |                           |                      |                      |
|--|------------------|--|---------------------------|----------------------|----------------------|
| 本人   | フリガナ<br>氏名       | (姓) _____ (名) _____                        | 年齢                        | 歳                    | 生年月日<br>年 月 日        |
|  | フリガナ<br>住所       | 郵便番号 _____<br>葛飾区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 | 日中連絡の取れる電話番号<br>( )       |                      |                      |
| 保護者  | フリガナ<br>氏名       | (姓) _____ (名) _____                        | 生年月日                      | 年 月 日                | 本人との関係<br>父・母・その他( ) |
|  | フリガナ<br>住所<br>※1 | 郵便番号 _____                                 | 日中連絡の取れる電話番号<br>※1<br>( ) |                      |                      |
| 保護者の被保険者証の記号及び番号   |                  | 記号   | 番号                        | 保護者と一緒に保険の加入者(本人を含む) |                      |
| 該当する所得区分<br>※2   |                  | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上                      |                           |                      | 重度かつ継続※3<br>該当・非該当   |
| 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<br>( )      |                      |
| 受給者番号 ※4   |                  |  |                           |                      |                      |
| 私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療(育成医療)の支給を申請します。<br>年 月 日 申請者氏名 _____ ※5<br>葛飾区長殿 |                  |  |                           |                      |                      |

- ※1 受診者本人と異なる場合のみ記入。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 再認定の方のみ記入する。
- ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

|        |           |
|--------|-----------|
| 主管課受付印 | 保健センター受付印 |
|        |           |

ここから下の欄には記入しないでください。

### 主管課記入欄

|        |   |        |              |
|--------|---|--------|--------------|
| 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       |
| 所得確認書類 | 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税 標準負担額減額認定証<br>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( ) |        |              |
| 疾病コード  | 補装具   | 有・無    | 新規・継続        |
| 前回認定期間 | 年 月 日～ 年 月 日  | 入院 日   | 通院 月 回 日     |
| 初回交付日  | 年 月 日   | 受給者番号  |              |
| 今回交付日  | 年 月 日   | 今回認定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 |

申請書交付方法 窓口・郵送



申請者は太枠内のみ記入

# 世帯・税額調書

(育成医療)

\*税額照会者とは・・・社保→被保険者のみ 国保(国保組合)→加入者全員

| 保険種別   | *国保・社保・国保組合・その他    |       |  |                         |      |                                     |
|--|--------------------|-------|--|-------------------------|------|-------------------------------------|
|  | *国保被保険者番号(記号 - 番号) |       |  |                         |      |                                     |
| 「世帯」員氏名  | 続柄                 | 税額照会者 | 区民税額<br>未申告の場合は(未)と記入<br>(税額証明欄に○のある方のみ) |                         | 障害年金 | 個人番号(12桁)<br>社保→本人と被保険者<br>国保→加入者全員 |
|  |                    |       | ★所得割                                     | 均等割<br>★(所得割)が0円の場合のみ記入 |      |                                     |
|  | 本人                 |       | 円  | 円                       | 級    |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
|  |                    |       | 円  | 円                       |      |                                     |
| 「世帯」の所得割・均等割<br>*(未)は0として計算する。   |                    |       | A<br>_____円                              | B<br>_____円             |      |                                     |
| 「世帯」の税額<br>Aの額あり→Aの額のみ<br>Aは0円でBの額あり→無記入<br>*この時点で「中1」に決定<br>A・Bともに0円→(非課税)          |                    |       | _____円<br>(0円の場合障害年金等級で所得判定)             |                         |      |                                     |
| 「重度かつ継続」   |                    |       | 有 ・ 無                                    |                         |      |                                     |
| 所得区分   |                    |       | 低1・低2・中1・中2・一定以上                         |                         |      |                                     |
| 国保給付金申請  |                    |       | 有 ・ 無                                    |                         |      |                                     |
|  |                    |       | 期間( 年 月 日～ 年 月 日)                        |                         |      |                                     |
| 同意書  |                    |       |  |                         |      |                                     |
| 自立支援医療費(育成医療)支給認定にあたり、青戸保健センター所長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、外国人登録及び国民健康保険資格台帳を閲覧することに同意します。 |                    |       |  |                         |      |                                     |
| 申請者 氏 名  |                    |       |  |                         |      |                                     |