

自立支援医療(育成医療)支給認定申請書

本人	フリガナ 氏名	(姓) _____ (名) _____		年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	フリガナ 住所	郵便番号 _____ 葛飾区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号			日中連絡の取れる電話番号 ()		
保護者	フリガナ 氏名	(姓) _____ (名) _____	生年月日	年 月 日	本人との関係	父・母・その他()	
	フリガナ 住所 ※1	郵便番号 _____			日中連絡の取れる電話番号 ※1 ()		
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 ※2		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※3	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 ()		
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。 年 月 日 申請者氏名 _____ ※5 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 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

自立支援医療(育成医療)意見書

フリガナ氏名		生年月日	年 月 日							
病名	(先天性・後天性)	発病年月日	年 月 日							
機能障害の状況	現存する(又は現在の疾患を放置すると将来起こり得る)障害について、該当する番号に○印をつけて下さい。 ※1～10のいづれかに該当する方のみが対象となります。(○印は1つのみでお願いします。)									
	1 肢(し)体不自由 2 視覚障害 3 聴覚・平衡機能障害 4 音声・言語・そしゃく機能障害 5 心臓機能障害 6 腎臓機能障害 7 小腸機能障害 8 肝臓機能障害 9 その他の内臓障害 10 免疫の機能障害(注1)	左記障害による不自由の状況を具体的にお書きください。								
治療	具体的な治療方針(注2)	治療用補装具(有・無) *「1 肢体不自由」のみ 装具名: _____								
	治療見込期間	入院治療期間 _____ 日間(A) } 通算(A+B) 通院治療回数及び期間(延べ日数) 月 _____ 回延べ _____ 日間(B) } ※診療実日数ではなく通院開始から終了までの日数を記入してください。 _____ 日間								
	治療費用の見込額	入院治療費 _____ 円 } 通院治療費 _____ 円 } 計 _____ 円								
	入院予定年月日		手術予定年月日	通院開始予定年月日						
	年 月 日		年 月 日	年 月 日						
	訪問看護の有無等	有・無	訪問看護予定回数及び期間(延べ日数) 週 _____ 回延べ _____ 日間 訪問看護開始予定年月日 年 月 日							
治療により機能障害が回復する見込み	1 見込みあり 2 やや見込みあり 3 見込みなし ※該当する番号に○印を付けてください。									
移送費見込額										
上記のとおり診断する。 診断年月日(注3) _____ 年 _____ 月 _____ 日 指定自立支援医療機関名 (〒 _____) _____ 医療機関コード 及び所在地 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
診療科及び医師氏名		科	印							

会計確認欄(注4)	担当者所属		氏名		印
	確認年月日	年 月 日			

- (注) 1 免疫の機能障害の場合、「免疫の機能障害意見書」をこの自立支援医療(育成医療)意見書に添付してください。
 2 「肢(し)体不自由に該当する場合は、治療用補装具の有無及び名称を必ず記入して下さい。
 3 意見書の有効期間は、診断年月日から起算して3カ月以内となります。
 4 会計の確認を必ず受けてください。

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 ー 番号)					
「世帯」員氏名	続柄	税額照会者	区民税額 未申告の場合は(未)と記入 (税額証明欄に○のある方のみ)		障害年金	個人番号(12桁) 社保→本人と被保険者 国保→加入者全員
			★所得割	均等割 ★(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 *(未)は0として計算する。		A	円	B	円	
「世帯」の税額 Aの額あり→Aの額のみ Aは0円でBの額あり→無記入 *この時点で「中1」に決定 A・Bともに0円→(非課税)		円		(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、子ども家庭支援課長が、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						

※確認欄

- 個人番号確認書類 個人番号カード 通知カード 住民票・住民票記載事項証明書 確認書類なし
 本人・身元確認書類 ①公的機関発行の顔写真入りのもの(1点)
 個人番号カード 免許証 パスポート 在留カード
 ②①以外のもの(2点) 健康保険証 年金手帳 その他()