自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	受診者氏名		男・女		ＴＳＨＲ
	受診者の ・住所 ・電話番号 ・身障手帳番号	〒 （電話番号）　　（身障手帳番号）			
	個人番号				
	既存の受給者番号		既存の受給者番号の有効期限		

健康保険に関する事項	受診者の被保険者証の記号・番号		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者（受診者からみた続柄）	（　　）	受診者と同一保険加入者の個人番号	
		（　　）		
		（　　）		

世帯の特例		健康保険上の世帯は、市町村民税課税世帯であるが、受診者（及びその配偶者）は市町村民税非課税の場合で、 下記の①②いずれにも該当する場合、受診者（及びその配偶者）のみの世帯とする特例を申請することで、月額負担上限額が引き下がります。（該当する場合左欄に○を記入） ①受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の*税制上の扶養控除*の対象になっていない ②受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の*健康保険上の扶養控除*の対象になっていない（国民健康保険の場合は該当します）

月額負担上限額に関する事項	**下記の①～⑥のいずれかに○をつけてください。**		
		①	受診者が生活保護受給世帯に属する方
		②	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、受診者の収入（障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む）が８０万円以下の方
		③	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、上記②以外の方
		④	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者全員の市町村民税（所得割額）の合計が３万３千円未満
		⑤	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者全員の市町村民税（所得割額）の合計が３万３千円以上２３万５千円未満
		⑥	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料算定対象者全員の市町村民税（所得割額）の合計が２３万５千円以上
	上記④⑤⑥の方のみ、下記に該当する項目があれば○をつけてください。		
			腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害　に該当する
			同一世帯で過去１２ヶ月以内に高額療養費の支給を３回以上受けている

受診を希望する指定自立支援医療機関及び薬局	医療機関名・薬局名	所在地・電話番号

（あて先）帯広市長

上記のとおり申請します。

なお、申請にあたり、月額自己負担上限額認定等のため、自立支援医療を利用する間、私の世帯全員の住民情報及び市町村民税課税状況を貴職が調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名　　**印**　**★**

★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こと。