

様式第20（第10条、第11条関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）				
※1				
受診者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		電話番号	
	住所			
保護者	氏名 ※2		受診者との続柄※2	
	個人番号 ※2		電話番号 ※3	
	住所 ※3			
負担額に関する事項	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者氏名			
	受診者と同一保険の加入者個人番号			
	重度かつ継続	非該当・該当	〔 ・公費負担の対象となる障害に該当： ・医療保険の高額療養費で多数該当に該当 〕	
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	世帯範囲の特例※4	非該当・該当
身体障害者手帳番号	第 号	子ども医療費受給者証などの有無※5	有・無	
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※6				
<p>私は、上記のとおり自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給認定を申請します。また、支給認定に係る利用者負担額算出のため、市民税等に係る公簿（世帯員を含む。）を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">豊橋市保健所長（福祉事務所長）様 申請者氏名</p>				

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 保護者氏名欄、個人番号欄及び受診者との続柄欄は、更生医療の場合は記入不要。
- ※3 保護者住所欄及び電話番号欄は、受診者と異なる場合のみ記入する。
- ※4 受診者（国民健康保険の被保険者に限る。）及びその配偶者（以下「受診者等」という。）が市町村民税非課税であり、かつ、受診者と同一保険の被保険者（受診者の配偶者を除く。）が市町村民税を課税され受診者を扶養控除の対象としていない場合は、申請により受診者等のみを世帯とみなすことができる。
- ※5 子ども医療費受給者証、障害者医療費受給者証、母子父子家庭等医療費受給者証、特定疾病療養受療証の交付の有無を記入する。
- ※6 再認定又は変更の場合のみ記入する。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

豊橋市保健所・豊橋市福祉事務所 記入欄 調査日 年 月 日

所得確認方法	市町村民税課税台帳 市町村民税（非）課税証明書 その他収入を証明する書類（ ）		
所得確認対象者	（氏名）	（所得割額・均等割額・収入額）	円
	（氏名）	（所得割額・均等割額・収入額）	円
	（氏名）	（所得割額・均等割額・収入額）	円
	（氏名）	（所得割額・均等割額・収入額）	円
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
備考	調査員		