

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所	〒				電話番号				
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒				電話番号 ※2				
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					
	受診者と同一保険の加入者(続柄)	( )			( )		( )			
	該当する所得区分 ※3	1 受診者が生活保護受給世帯に属する								
		2 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下								
		3 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の場合								
		4 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者（※4）の市町村民税所得割額が3万3千円未満								
		5 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が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、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が23万5千円以上										
重度かつ継続（該当する所得区分が4～6の場合のみ）※5	1 受診者が腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）のいずれかに該当する									
	2 受診者が医療保険の多数該当（※6）の世帯に属する									
保護者の収入の種類（該当する所得区分が2または3の場合のみ）	1 給与収入等 2 年金収入（老齢・障害・遺族） 3 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉手当									
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号						
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 ※7										
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>北海道知事 様</p>										

※1 変更（負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定）申請の場合、受診者欄及び変更のある欄をすべて記入してください。  
 ※2 受診者と異なる場合に記入してください。  
 ※3 該当すると思う番号に○をしてください。  
 ※4 健康保険や共済組合の場合～受診者の医療保険の扶養者（被保険者、組合員）  
 国民健康保険の場合～受診者と一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員  
 ※5 該当すると思う番号に○をしてください。  
 ※6 高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度  
 ※7 再認定または変更申請の方のみ記入し、自立支援医療受給者証（育成医療）の写しを添付してください。