

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定（再認定・変更認定）申請書 ※1														
障害者・児	フリガナ 受診者氏名								年齢	歳	生 年 月 日 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所								電話番号					
	個人番号													
受診者が18歳未満の場合	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					
	個人番号													
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	裏面に記載												
	個人番号													
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上							重度かつ継続※4		該当 ・ 非該当			
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・薬局などの名称							所在地・電話番号					
受給者番号 ※5									特定疾病療養受療証			有・無		
治療方針の変更 ※6			有 ・ 無		前回の診断書の添付 ※6 ※7			有 ・ 無						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、この申請に関して必要な税務情報や手当の受給状況等について市が調査・確認することに同意します。 申請者氏名 令和 年 月 日 (宛先) 静岡市長														

(注)

※1 該当する医療の種類及び再認定・変更認定（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○をしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。

※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入してください。

※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況に○をしてください。

申請書を提出した者	氏名		本人との関係		住所	〒 — 電話 ()
-----------	----	--	--------	--	----	---------------

(裏面)

医療費支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

世帯員氏名	個人番号											

- ・受診者と同じ医療保険に加入する方（受診者は省略可）の氏名を記入してください。
- ・個人番号は、被保険者（※）のみ記入（表面に記載の方は省略可）してください。
※被保険者：国保・国保組合の方は家族全員、その他の方は、保険証に記載のある被保険者の方。

保健福祉センター確認欄（該当するものに○・該当書類を確認する）				
育成医療が6.30までに開始の場合				
前年の1月1日現在で静岡市に住民登録		有（税証明は必要なし）・無（前住所地の前年の市民税証明書が必要）		
保健所確認欄（該当するものに○をする）				
所得確認書類	福祉トータルシステム・市民税課税証明書・市民税特別徴収税額通知書・納税通知書・その他（ ）			
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	
重度かつ継続確認書類	医師の意見書 ・ 高額療養費支給（多数該当）証明書 ・ その他（ ）			
前回記号番号			今回記号番号	

個人番号確認	受診者		保護者		受診者と同一保険の加入者	
身分確認	保護者		保護者以外		委任状	