

<b>自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定&lt;継続&gt;・変更) ※1</b>													
障害者	フリガナ								生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	受診者氏名												
	受診者住所	〒 -							電話番号				
	個人番号												
負担額に関する事項	保険の種類	健康保険(社会保険等)・国民健康保険・後期高齢者医療・生活保護											
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	記号	番号				保険者名称						
	受給者と同一保険の加入者								重度かつ継続 ※2	該当・非該当			
	該当する所得区分 ※3	生活保護・低1・低2・中間1・中間2・一定以上											
身体障害者手帳番号 ※4	番号					障害の名称					等級	級	
受診を希望する指定自立支援医療機関 ※原則1か所ずつに限ります。	医療機関名					所在地・電話番号							
	(病院・診療所)												
	(薬局)												
	(訪問)												
受給者番号 ※5													
私は上記のとおり、自立支援医療の支給認定を申請します。  申請者氏名  年 月 日 (宛先) 東大阪市長										福祉事務所受付印			

※本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏名	申請者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	住所	電話番号	

- ※1 新規・再認定<継続>・変更(自己負担限度額認定の申請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 チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
- ※4 身体障害者手帳の交付を受けている場合のみ記入する。
- ※5 再認定<継続>または変更の場合のみ記入。

----- ここから下の欄は記入しないでください -----

東大阪市記入欄

本人確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
加入医療保険確認方法(本人)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証及びマイナポータル資格情報画面 <input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 情報連携により照会
加入医療保険確認方法(同一世帯員)	<input type="checkbox"/> マイナ保険証及びマイナポータル資格情報画面 <input type="checkbox"/> 別添のとおり <input type="checkbox"/> 情報連携により照会
人工透析の場合	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証の写し(別添のとおり) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証の写し 不要(生活保護)

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
所得確認方法	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明または台帳 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明または台帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書または台帳 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類( ) <input type="checkbox"/> 情報連携により照会		
前回の受給者番号	前回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
今回の受給者番号	今回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
備考	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳同時申請		

# 同意書 兼 世帯状況申出書

私は、自立支援医療費（更生医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市担当職員が私及び次の者の収入状況につき、課税台帳等の市民税関係公簿又は生活保護受給者台帳、国民健康保険・後期高齢者医療の加入状況につき、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿を閲覧及び申請証明受領することに同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

また、転入の場合は、自立支援医療（更生医療）給付に係る診断書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

（申請者） 年 月 日

住所 東大阪市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

**【受診者と同一保険の加入者】**

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は受診者が被保険者の場合は本人のみ、受診者が被扶養者の場合は被保険者も記入してください。

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	※	住所
				個人番号
(受診者)	本人			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

※の欄は、健康保険が社会保険の場合、被保険者の方の段に○を記入してください