

自立支援医療費（更生医療）支給認定（変更認定）申請書（新規・再認定・変更）※1

障がい者	フリガナ	ミヤザキ タロウ						年齢	生年月日			
	受診者氏名	宮崎 太郎						△△歳	〇〇年△△月□□日			
	受診者住所	宮崎市橘通西〇丁目△番地□						電話番号	000-0000-0000			
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
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	1 2 3 4 5 6				保険者名	〇〇健康保険組合					
	受診者と同一保険の加入者※2	氏名	フリガナ	個人番号		生年月日※3		住所（市町村名まで）※3				
		宮崎 花子	ミヤザキ ハナコ	234567890123		〇〇年 □□月 △△日		宮崎県都城市				
		宮崎 次郎	ミヤザキ シロウ	345678901234		年 月 日		〇〇年 〇〇月 〇〇日				
身体障がい者手帳番号	宮崎市 第〇〇〇〇号					受給者番号※4						
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						
	△△病院 □□薬局					宮崎市橘通西△△ 0985-△△-XXXXX 宮崎市橘通西□□ 0985-□□-XXXXX						
職権調査同意※5	<input checked="" type="radio"/> 同意する ・ <input type="radio"/> 同意しない											
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※6 申請者氏名 宮崎 太郎 年 月 日												
宮崎市福祉事務所長 殿												

マイナンバーを記入してください。
(記入は必須ではありません。)

マイナンバーの記入は必須ではありません。

生年月日・住所は、申請月の属する年（1月から6月までは前年）の1月1日時点の住所が宮崎市外の場合のみ記入してください。

自己負担額を算定するため、所得の調査を行いますので、「同意する」に〇印を付けてください。
障がい年金等の非課税所得がある場合は、受給額がわかる書類（年金振込通知書や通帳など）の写しを併せてご提出ください。

自筆による署名・押印は不要ですが、本人の意思に沿わない申請は受け付けできませんので、代理申請を行う場合は、本人の意思を十分に確認いただいた上でご申請ください。

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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）のいずれかに〇をしてください。
- ※2 宮崎市の国民健康保険・生活保護の方は記入不要です。
- ※3 申請月の属する年（1月から6月までは前年）の1月1日時点の住所が宮崎市外の場合のみ、市町村名まで記入してください。
- ※4 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※5 申請書及び添付書類で、所得額等を確認できない場合において、実施機関が官公署その他関係機関から申請者の医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険加入情報・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況の情報の提供を受けて調査することについて、同意する・同意しないのいずれかに〇をしてください。
- ※6 医療保険の高額療養費多数回該当による「重度かつ継続」を申請する場合は、申請月以前の12ヶ月間に申請者の属する医療保険の世帯が高額療養費を3回以上支給された証明等を添付してください。

記入例

宮崎市記入欄			
申請受付年月日			
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	個人番号 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（	市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証
備考			