

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日		
受診者氏名					年 月 日		
個人番号			各種障害基礎年金額等		円		
受診者住所	区				電話番号		
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	記号	番号	保険者名			
	受診者及び受診者と同一保険の加入者（世帯員）	氏名	個人番号	生年月日	続柄	住所	市民税所得割額
		受診者本人					
該当する所得区分※1	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6			重度かつ継続※2	該当 ・ 非該当		
世帯の範囲の特例（受診者及び配偶者が非課税の場合）	<input type="checkbox"/> 下記(1)(2)のいずれにもあてはまるため、健康保険上の世帯ではなく、受診者（及びその配偶者）のみの世帯とすることを申請します。（申請する方は、左の口にチェックしてください。） (1) 受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供等の税制上の扶養控除の対象になっていない。 (2) 受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供等の健康保険上の被扶養者になっていない。						
転入者の医師意見書の取り寄せについて	<input type="checkbox"/> 病状の変化及び治療方針の変更がないので、移転前の市町村で支給認定時に使用した医師意見書写しを仙台市が受診者に代わって取り寄せすることを申請します。（申請する方は、左の口にチェックしてください。）						
身体障害者手帳番号	県市						
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			
	医療機関等						
	薬局（院外処方のみ記入）						
受給者番号	（再認定又は変更の方のみ記入）		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<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>併せて、①認定にあたり必要な場合には、仙台市が私及び私の属する世帯員の収入状況及び医療保険の加入状況について調査することに同意します。 （同意しない場合は、二重線で消してください。） （同意しない場合は、世帯全員の課税(非課税)証明書の添付が必要です。）</p> <p>②認定結果情報及び自立支援医療費受給者証記載事項について、上記記載の受診を希望する指定自立支援医療機関に情報提供することに同意します。 （同意しない場合は、二重線で消してください。）</p> <p>申請者氏名 _____ （自らの署名でない場合は、押印が必要です。）</p> <p>年 月 日</p> <p>（あて先） 仙 台 市 長</p>							

※1 ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

- ※添付書類 1 健康保険証の写し（必須） 2 医師の意見書（必須）
 3 市民税所得割額がわかる書類 4 特定疾病療養受療証の写し
 5 収入状況申告書 6 受給年金額がわかる書類 7 生活保護証明書
 8 支援給付証明書 9 寡婦（夫）控除のみなし適用申立書

◎3～9書類は該当する方のみ提出してください。