

様式1

申請者は、原則として「健康保険の被保険者（世帯主、組合員）である保護者」です。

自立支援医療費（育成医療）支給認定（変更）申請書

		令和 年 月 日		
(あて先) 横須賀市長		申請者 氏名		
次のとおり申請します。また、本申請にあたり、必要な市税等に関する情報を調査することについて同意します。				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	平成・令和 年 月 日 ( 歳)
	個人番号			
	住所	〒		
	受給者番号		※再認定又は変更申請の場合のみ記入してください。	
保護者 (申請者)	フリガナ		続柄	電話番号
	氏名			自宅 父・母・( )の携帯
	個人番号			
	住所	〒 ※受診者と異なる場合に記入		
身体障害者手帳 (持っている人のみ)	番号		等級	
	障害名			
健康保険	保険者名		記号 番号	
受診者と同一保険の 加入者				
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			
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	
備考	窓口に来た人と申請者が異なる場合は、以下も記入してください。			本人確認 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済
	代理人氏名 (窓口に来た人)			收受印
	住所	※申請者と異なる場合に記入		

世帯調書

- ・住民票上の世帯員について記入してください。ただし、住民票が別でも、受診者本人と同じ医療保険に加入している人がいるときは、その人についても記入をしてください。その場合、「同居・別居の別」の「別居」を○で囲み、備考欄に住所を記入してください。
- ・個人番号の記入が必要な人は、以下のとおりです。  
 「国民健康保険・国民健康保険組合」に加入しているとき → 同じ保険に加入する世帯員の分  
 「社会保険」に加入していて、受診者・申請者以外の方が被保険者であるとき → 被保険者の分

フリガナ 氏名 個人番号	続柄	生年月日	同居 別居 の別	市町村民税 課税・非課税 の別	公的年金 等の受給 ※
受診者 * * * * * * * * * * * * *	本人	—	—	課税 非課税	—
申請者 * * * * * * * * * * * * *		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居	課税 非課税	あり なし
備考					

※公的年金等とは、遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過の福祉手当、障害に対する公的補償（労働災害補償等）等を指します。

<事務処理欄>

基準世帯員	所得割額	手当等収入額	生保	低1 収入< 80万円	低2 収入≥ 80万円	中間1 税額< 3.3万円	中間2 3.3万円 ≤税額< 23.5万 円	一定以上 税額> 23.5万 円
			備考					
合計								