フリガナ 世別 男・女 年齢 歳 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		加州水水为一与			白七		匠處	弗	(李)	北圧底) #	幺仝≣刃□	や山津雪	₽ (¢f±日 •	古物点	⊐ 。亦	:里/						
要診者氏名			自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規·再認定·変更) ※1																				
フリガナ 受診者性所 フリガナ 受診者が自動を 受診者が では、	受診者	フリガナ																生 年	月日				
要診者任所 プリガナ で		受診者氏名								性別	5	闦•女	年齢	歳			左	Ŧ	月	١	∃		
受診者に所 フリガナ 保護者に対 フリガナ 深護者に対 ※2 受診者の経験性 を記の記号及び 衛星 受診者の経験性 を記の記号及び 衛星 受診者の経験性 を記の記号及び 衛星 受診者の体験性 を記の記号及び 衛星 受診者の体験性 を記の記号及び 衛星 受診者が中期村民税非謀状世帯に属し、反域権者全員の収入がそれぞれ80万円以下 3 受診者が中期村民税非謀状世帯に属し、2以外の場合 4 受診者が中期村民税非謀状世帯に属し、2以外の場合 4 受診者が中期村民税非謀状世帯に属し、2以外の場合 4 受診者が中期村民税非謀状世帯に属し、2以外の場合 5 受診者が中期村民税非規性帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市利村民税所得割額が2万3千円以上23万5千日 6 受診者が中期村民税諸規性帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市利村民税所得割額が2万3万千円以上23万5千日 6 受診者が中期村民税諸規性帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市利村民税所得割額が2万3万十円以上23万5千日 6 受診者が再利民税諸規性帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市利村民税所得割額が2万3万十円以上23万5千日 の場合の3より 変称 の場合の3より 変数 を関する所に の場合の3より 変数 を関する所に の場合の3より 表体によるの3との3より と受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する 保護の3より を観 (記当する 所に及分が2ま たまなの3との が明音者手当、障害児報社手当、特別児至共費手当、経過的部計がは事情を発達する形定 フロエヌ国際機関 (薬商・3の間に表す ・ 対応を療しまる・ 対応を療します。 申請者氏名 年月日		フリガナ	Ŧ																				
保護者氏名			ľ											電話番号									
「	保護者	フリガナ												=									
保護者住所																							
		保護者住所 ※2	₹																				
受診者に同一保 () () () () () () () () () (担額に関する事項	者証の記号及び									保	険者名											
検の加入者(続柄)		受診者と同一保 険の加入者(続柄)								()					()							()
2 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下 3 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下 4 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者(※4)の市町村民税所得割額が3万3千円 5 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が3万3千円以上23万5千円以分が4~6 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が23万5千円以上25分が4~6 の場合のおう※5 「保護者の収入の種類(該当する方所得区分が2または3の場合のみ)※5 「保護者の収入の種類(該当する方所得区分が2または3の場合のみ)が) 身体障害者 第棟間 第神障害者には、3 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉には3の場合のみのよう。 「おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、おいて、										()					()							()
型型 額 に関する所得 区分 ※3 2 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の場合 4 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者(※4)の市町村民税所得割額が3万3千円以上23万5千円 5 受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が3万3千円以上23万5千円以上3万4~6 の場合のみ ※5 (保護者の収入の種類(該当する) 2 受診者が管臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植術後の抗免疫療法に限る)、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)のいずれかに該当する 7 (保護者の収入の種類(該当する 方) 2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する (保護者の収入の種類(該当する 方) 2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する たは3の場合のみ り 総合の収入の 事類(政当する 方) 第6区分が2ま たは3の場合の み 総合の収入の 種類(該当する 方) 5 (2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する (2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する (2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する (2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する (2 受診者が医療保険の実験を持定する (2 受診者が医療保険の実験を持定する (2 で 4 を) 5 (2 で 4 で 4 で 4 で 4 で 4 で 4 で 4 で 4 で 4 で			1	受調	を を を を を を を を を を	生活保	R護受	給世	帯に	属する													
担 該当する所得			2	受調	多者が	市町村	古民税	##	飛世	帯に属	U,	保護者	全員の収	入がそれる	2n807	5円以	下						
図			3	受調	多者が かんしゅう かんしゅ かんしゅう かんしゅう かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ	市町村	民税	排課	税世	帯に属	し、	2以外	の場合										
る事項			4	受調	多者が かんしゅう かんしゅ かんしゅう かんしゅう かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ かんしゅ	市町村	民税	課稅	世帯	に属し	、医	療保険	の保険料	4算定対象者	ś (<u>*</u> 4) のす	5町村.	民税所	得割額	(が3	万3千	円未	満
頂			5	受診	者が	——— 韦町村!	民税記	課税t	世帯に	属し、	医療	保険の	保険料算	定対象者の	市町村民	R税所	得割額	が3万	3千円」	以上2	23万5	千円:	未満
(該当する所得 区分が4~6 の場合のみ) とう			6	受診者が市町村民税課税世帯に属し、医療保険の保険料算定対象者の市町村民税所得割額が23万5千円以上																			
の場合のみ) ※5 保護者の収入の 種類(該当する 所得区分が2ま たは3の場合の み) 1 給与収入等 2 年金収入(老齢・障害・遺族) 3 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、経過的福祉 たは3の場合の み) 身体障害者 手帳番号		(該当する所得 区分が4~6 の場合のみ)	1	受診者が腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害(心臓移植術後の抗免疫療法に限る)、 肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)のいずれかに該当する																			
種類(該当する 所得区分が2または3の場合の み)			2	2 受診者が医療保険の多数該当(※6)の世帯に属する																			
身体障害者 手帳番号 医療機関名 所在地・電話番号 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) (受給者番号 ※7 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名 年月日		種類(該当する 所得区分が2ま たは3の場合の	1	給与	収入等	÷ 2	年金	級入	.(老鼬	舲•障害	号•遺	族)	3 特別	章害者手当、	障害児科	富祉手:	当、特	別児童	扶養手	当、糺	圣過的	福祉目	手当
医療機関名 所在地・電話番号 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) (身体障害者				_		_									_							
自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事 業者を含む) (受給者番号 ※7 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日	C B Xii C					医	療	機	関:	 名		H 111 77 1			P.	近在	也・電	話番	号				_
(薬局・訪問看護事 業者を含む) (自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事																		(-		-)
受給者番号 ※7 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日																			(-		-)
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日																			(-		-)
申請者氏名 年 月 日	受給者番号 ※7												I										
申請者氏名 年 月 日			い、 い、	白立	支援	——— 矢療費	の支	給を	由請し	します。													
年 月 日			•						1 013	0.50													
小樽市長 様		<u></u>		年		月	В	3															
			小村	樽市♬	Ę	様																	

- %1 %2 %3 %4
- 変更(負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定)申請の場合、受診者欄及び変更のある欄をすべて記入してください。 受診者と異なる場合に記入してください。 該当すると思う番号に〇をしてください。 健康保険や共済組合の場合〜受診者の医療保険の扶養者(被保険者、組合員) 国民健康保険の場合〜受診者と一緒に国民健康保険の被保険者になっている方全員 該当すると思う番号に〇をしてください。 高額療養費支給制度の一つで、療養のあった月以前の12月以内に既に高額療養費の支給が3月以上ある場合に支給される制度 再認定または変更申請の方のみ記入し、自立支援医療受給者証(育成医療)の写しを添付してください。 %5 %6