

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書 (新規・再認定・変更) ※該当する申請のいずれかに○をする。						
障害者・児	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	受診者氏名		男・女	歳	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	フリガナ				電話番号	
受診者住所	〒 —					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ				受診者との関係	
	保護者氏名					
	フリガナ				電話番号	
保護者住所	〒 —					
受診者の被保険者証の記号及び番号	記号		番号		受診者と同一保険の加入者	
保険者名及び保険の種類 <small>※保険種別は該当するものを○で囲むこと</small>	保険者名	健保(協会本人・協会家族・健康組本人・健康組家族), 各種共済組合(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族), 船員保険(本人・家族), 後期高齢者 生保(受給中・申請中・福祉事務所名 労災, その他( ) )				
該当する所得区分	生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上	所得区分が中間1以上の場合 重度かつ継続の判定		該当 ・ 非該当		
自立支援医療受給者番号		既存の受給者証の有効期限		年 月 日		
身体障害者手帳番号		既存の受給者証の有効期限の変更		年 月 日		
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関等名称			所在地・電話番号		
病院・診療所						
薬局						
薬局						
訪問看護事業者						
その他の医療機関等	種類	1.検査のための医療機関追加 2.主治医の指示 3.その他( ) ※診断書備考欄に理由の記載があること。記載がない場合は紹介状等の写しを添付すること。				
	私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。					
年 月 日		潮来市長殿 ※ 申請者は原則受診者であるが、受診者が18歳未満の場合は保護者を申請者とすること。 記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。				

福祉事務所記入欄

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	受付年月日
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類(課税画面確認・その他 )			
備考				

## 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

- 私の所得税法上の扶養親族のうち、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族				
	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1			年 月 日	
2			年 月 日	
3			年 月 日	
4			年 月 日	

(注意事項)

- この申立書は、「自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書」を提出する方が、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において年齢が16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がある場合に、ご記入いただくものです。  
[参考] 年12月31日において年齢が16歳以上19歳未満の方： 年1月2日から 年1月1日までの間に生まれた方
- 所得税法上の扶養親族とは、前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)の12月31日(年の途中で死亡した場合には、その死亡の日)において、次のいずれにも該当する方をいいます。
- ① 配偶者以外の親族(6親等内の血族及び3親等内の姻族)か、都道府県等から養育を委託された児童(いわゆる里子)である
  - ② あなたと生計を一にしている
  - ③ 前年(請求日が1月から6月までの間にある場合は、前々年)分の所得税法上の合計所得金額が38万円以下である
  - ④ 青色申告者の事業専従者として給与の支払を受けていない又は白色申告者の事業専従者でない
- 記入欄が足りない場合は、子の氏名等を複数枚の申立書に分けてご記入ください。

この申立書により申し出る16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び住民税における内容と相違ありません。

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

