

障害者自立支援医療特別対策事業 支給認定申請書（□新規・□再認定・□変更）

※ 該当する新規、再認定、変更のいずれかにレ印を記入してください。
変更の場合、受診者欄及び変更のある事項のみ記入してください。

(あて先) 京都市長		年 月 日
申請者の住所 〒 ー 京都市 区	申請者の氏名	
電話 ー		

障害者自立支援医療特別対策事業の支給を申請します。											
受診者	フリガナ					年齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名							年 月 日			
	フリガナ					電 話	ー				
	住 所	〒 ー				個人番号					
負担額に関する事項	負担額に関する事項のうち、申請書に添付されている医療保険資格情報が分かる書類等のコピーに記載がある項目については、記入不要です。										
	保険種別	☐ 国民健康保険・国民健康保険組合・・・加入者全員 ☐ 社会保険・共済組合・・・・・・被保険者と受診者 ☐ 後期高齢者医療・・・・・・受診者、及び受診者と同一住所で後期高齢者医療に加入する者									
	受診者の医療保険の記号及び番号				保険者名						
	被保険者名				市民税及び収入の状況		裏面に記載				
	受診者と同一保険の加入者	氏 名		生 年 月 日	続 柄	個人番号					
		①		年 月 日							
		②		年 月 日							
		③		年 月 日							
身体障害者手帳種別	☐ 呼吸器機能障害における障害程度が3級 ☐ ぼうこう又は直腸の機能障害における障害程度が3級										
	受給者番号（※ 再認定又は変更の方のみ記入してください。）										
備考											

注 該当する□には、レ印を記入してください。

受診者及び受診者と同じ医療保険に加入されている方に関して、下記の記入欄に□にレ印を記入してください。

国民健康保険・国民健康保険組合に加入・加入者全員
 社会保険・共済組合に加入・・・・・・・・被保険者と受診者
 後期高齢者医療に加入・・・・・・・・受診者、及び受診者と同じ住所で後期高齢者医療に加入する者

対象者		住民税及び収入の状況 ※1				同意 確認欄 ※3
		住民税課税・非課税 等の別	【非課税の場合】 収入等の確認	【非課税の場合】本人の収入の状況		
				種類	名 称 ※2	
受診者及び受診者と同じ保険の加入者等	受診者 本人	☐ 非課税 (右欄も記入)	☐ 収入あり (右欄も記入)	年 金	☐ 障害年金 (基礎・厚生 1級・2級・3級) ☐ 遺族年金 ☐ 老齢年金 ☐ その他の公的年金	☐
		☐ 課税		手 当	☐ 特別障害者手当 ☐ 障害児福祉手当 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 経過的福祉手当	
		☐ 生活保護受給中	☐ 収入なし	その他	☐ ()	
	①	☐ 非課税 (右欄も記入)	☐ 住民税に係る申告済 ☐ 対象となる収入がないため、住民税に係る申告なし	備考 (受診者と別居している場合の住所等、特記事項)		☐
		☐ 課税				
		☐ 生活保護受給中				
	②	☐ 非課税 (右欄も記入)	☐ 住民税に係る申告済 ☐ 対象となる収入がないため、住民税に係る申告なし	備考 (受診者と別居している場合の住所等、特記事項)		☐
		☐ 課税				
		☐ 生活保護受給中				
	③	☐ 非課税 (右欄も記入)	☐ 住民税に係る申告済 ☐ 対象となる収入がないため、住民税に係る申告なし	備考 (受診者と別居している場合の住所等、特記事項)		☐
		☐ 課税				
		☐ 生活保護受給中				
	④	☐ 非課税 (右欄も記入)	☐ 住民税に係る申告済 ☐ 対象となる収入がないため、住民税に係る申告なし	備考 (受診者と別居している場合の住所等、特記事項)		☐
		☐ 課税				
		☐ 生活保護受給中				

※1 課税状況や収入については、前年 (受診開始月が1月から6月の場合は前々年) の1月から12月の1年間の内容についてお答えください。
 記載内容について、京都市が確認できない場合は証明書等の提出を求める場合があります。

※2 該当する収入がある場合、金額が確認できる書類を御提出ください。

※3 利用者負担額の認定や受診を希望する指定自立支援医療機関への情報提供のため必要があるとき、京都市において次の内容を確認、又は提供することについて同意する場合は、□にレ印を記入してください。

同 意 内 容	対 象 者
障害者自立支援医療特別対策事業に係る利用者負担額の決定に当たり、私の市民税及び収入の状況を、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認することについて同意します。	受診者、受診者と 同一保険の加入者*
障害者自立支援医療特別対策事業に係る利用者負担額の決定に当たり、私の医療保険の受給状況を、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定に基づく資格台帳等により確認することについて同意します。	
障害者自立支援医療特別対策事業の利用のための調整・要請を行うに当たり、私の障害者自立支援医療特別対策事業の給付に関する資料等を、医師意見書を記載した医師又は受診を希望する医療機関に提供することについて承諾します。	受診者のみ

* 受診者が後期高齢者医療制度の被保険者である場合は、受診者の世帯の後期高齢者医療制度の被保険者全員について資格台帳等により確認します。

注 不実の申告をした場合は、支給額の返還請求や関係法令による処罰を受けることがあります。