

# 記入例

該当する申請に丸印

様式第1号 (第5条関係)

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)													
受診者	フリガナ	欠ト ハジ			性別	年齢	生年月日						
	氏名	熊本 花子			女	10	平成20年4月1日						
	フリガナ	欠トシ チウウツ トリホフウツ			電話番号								
住所	住所	熊本市中央区手取本町1番1号						096-111-1111					
	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
保護者	フリガナ	欠ト 如ウ			受診者との関係		父・母・その他( )						
	氏名	熊本 太郎											
	フリガナ							電話番号					
	住所 ※1							096-111-1111					
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	(医療保険証の内容記入)			保険者番号	(医療保険証の内容記入)							
	受診者と同一保険の加入者	(保護者氏名、受診者氏名、その他扶養者氏名 (国保の場合は加入者全て))											
	受診者と同一保険の加入者個人番号	(上記対象者の個人番号)						不明の場合は、空欄					
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2			一定以上	重度かつ継続 ※2		該当・非該当					
	保護者の収入 ※3	給与収入・障害年金等・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当・退職所得											
身体障害者手帳の有無	無・有 (番号: )				特定疾病療養受領証		無・有						
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								
	(指定医療機関等であること)												
受給者番号 ※4													
熊本市長 (宛) 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 私の属する世帯の課税状況、保険情報及び身体障害者手帳の有無について、番号法の規定に基づいて課税台帳等、住民基本台帳等、身体障害者手帳台帳により確認されることを承諾します。 また、上記の自立支援医療機関に対して、認定の可否を通知することを承諾します。 申請者氏名 熊本 太郎											年	月	日

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 該当する収入があれば○をつけてください。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入。

保護者名を記入  
 ※父親が単身赴任中などは、母でも可  
 (母の住所が市内に限る)

※この申請に係る個人情報につきましては、プライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的では一切使用されることはありません。

ここから下の欄には記入しないでください。

## 保健子ども課記入欄

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
所得確認書類	個人番号・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 ( )		

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北
個人番号関係	身元確認(本人・代理人) : 未・済	個人番号カード・運転免許書・その他( )	
	個人番号確認 : 未・済	個人番号カード・通知カード	

# 記入例

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ	クモ ハナ	性別	年齢	生年月日
受診者氏名	熊本 花子	女	10	平成20年4月1日
受診者住所	熊本市中央区手取本町1番1号			
病名	(医師が記入)	発症年月日	(医師が記入)	
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害			
具体的な障害の状況	(医師が記入) の状態であり、 身体障害者福祉法第4条別表の ( ) と同程度の 1. 障害を有する 2. 障害を残す恐れがある ※裏面の別表を参照のうえ ( ) に番号を入れ、1又は2に○印をつけてください。			
医療の具体的な方針	(医師が記入)			
治療後における障害の回復状況の見込み	(医師が記入)			
治療	治療見込期間※	入院治療期間	〇〇日間	診療開始予定日
		通院治療回数並びに期間	〇回 〇〇日間	(医師が記入)
		訪問看護予定回数並びに期間	回 日間	
	医療費概算額	入院治療費	(医師が記入) 円	計 (医師が記入) 円
通院治療費		(医師が記入) 円		
訪問看護等		(医師が記入) 円		
移送費見込額	円	医療費及び移送費合計額	円	
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。				
年 月 日				
指定医療機関、指定医師であること		指定自立支援医療機関名	印	
		電話番号		
		担当医師名		

治療見込期間は原則3ヶ月以内  
(場合によっては1年以内まで)

申請日から原則3ヶ月以内を有効と考えるが、3ヶ月を超えた場合、指定医療機関に連絡し、医療方針に変更がなければ、有効とする。

※ 治療見込期間は原則3か月以内です。特に必要と認める場合に限り、1年以内の期間となります。ただし、経過観察や検査のみの入院および通院は対象になりません。

# 記入例

様式第3号（第5条の3関係）

平成 年 月 日

## 自立支援医療費(育成医療)における寡婦(夫)控除等のみなし適用申請書

(申請者) 住所 熊本市中央区手取本町1番1号

氏名 熊本 太郎

私は、自立支援医療費(育成医療)の支給に係る所得の額の計算において、寡婦(夫)控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

私は、所得を計算する対象となる年の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます(該当番号を○で囲んで下さい)。

- 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないもののうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
- 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
- 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないもののうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

熊本市長 (宛)

私は、寡婦(夫)控除等のみなし適用に関して、寡婦(夫)控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

申請日を記入

令和 年 月 日 氏名 熊本 太郎

※ 上記枠線内については、受診者・受診者の保護者(受診者が18歳未満の場合に限る)・受診者と同一保険の加入者のうち、寡婦(夫)控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

### 【添付資料】

- 寡婦(夫)控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書

※ 「自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書」の添付書類等で確認できる場合は、提出は不要です。  
※ 所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

### 【注意事項(必ずお読みください)】

- 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
- 本申請書は、自立支援医療費(育成医療)の支給に係る所得の額の計算にあたって、寡婦(夫)控除等のみなし適用を行うためのものであり、自立支援医療費(育成医療)の支給認定については、別途申請手続きが必要です。
- 生活保護受給者、市町村民税非課税の方は対象外です。また、みなし適用を実施しても、結果として負担上限月額等が変わらない場合があります。
- 記載内容に虚偽があった場合、寡婦(夫)控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された自己負担額の減額分の一部又は全額の返還を求められる場合があります。

# 記入例

様式第9号 (第7条関係)

自立支援医療費（育成医療）治療用補装具交付申請書	
補装具の装着を必要とする者の氏名 (個人番号)	熊本 花子 (012345678901 )
自立支援医療費受給者番号 ※ 受給中の場合は記入	
受給者証の有効期間 ※ 受給中の場合は記入	年 月 日 から 年 月 日 まで
希望する補装具製作者	住所 (申請者が記入)
	氏名 (申請者が記入)
別紙「治療用補装具交付意見書」を添えて、補装具の交付を申請します。	
年 月 日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">申請日を記入</span>	
申請者住所	熊本市中央区手取本町1番1号
続柄	補装具の装着を必要とする者の（ 父 ）
申請者氏名	熊本 太郎
個人番号	123456789012
熊本市長 (宛)	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">保護者名を記入 ※父親が単身赴任中などは、母でも可 (母の住所が市内に限る)</span>

※自立支援医療費（育成医療）申請と同時にこの申請をする場合はこの欄の記入は必要ありません。

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北
個人番号関係	身元確認(本人・代理人) : 未・済	個人番号カード・運転免許書・その他( )	
	個人番号確認 : 未・済	個人番号カード・通知カード	

# 記入例

様式第10号 (第7条関係)

## 自立支援医療費（育成医療）治療用補装具交付意見書

補装具の装着を必要とする者	氏名	熊本 花子	
	住所	熊本市中央区手取本町1番1号	
	生年月日	平成20年4月1日	
	病名	突発性側弯症 など ※肢体不自由に係るもの	
補装具の装着を必要とする理由	(医師が記入)		
必要とする補装具	種目	(医師が記入)	
	型式	(医師が記入)	
	費用の概算額	(医師が記入)	円
装着予定年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 (医師が記入) ※育成医療の認定期間内であること		
備考			
上記のとおり診断する。	年 月 日	指定医療機関 所在地	申請日から原則3ヶ月以内を有効と考えるが、3ヶ月を超えた場合、指定医療機関に連絡し、医療方針に変更がなければ、有効とする。
指定医療機関、指定医師であること		名称	
		担当医師氏名	Ⓜ

# 記入例

様式第12号 (第8条関係)

## 熊本市自立支援医療費 (育成医療) 治療用補装具費用申請書

熊本市長 (宛)

〇〇年 〇〇月 〇〇日		申請日を記入		保護者名を記入 ※父親が単身赴任中などは、母でも可 (母の住所が市内に限る)	
申請者	住所	熊本市中央区手取本町1番1号			
	氏名	熊本 太郎	電話番号	(096) 328 - 1111	
		続柄: 受診者の ( 父 )			

次のとおり熊本市自立支援医療費 (育成医療) 治療用補装具費用について申請します。支給される治療用補装具費用は、別紙請求書に記載の口座に振り込んでください

〇〇年 〇〇月装着分		育成医療の認定期間内であること			
受診者	受給者番号				
	受診者氏名	熊本 花子		生年月日	平成20年 4月 1日
	加入保険	記号番号	(医療保険証の内容記入)	保険者名 (番号)	(医療保険証の内容記入)

※下記は記入しないでください

所得区分	生保・低1・低2・中間1・ <u>中間2</u> ・一定以上			
負担上限月額	10,000円	重度かつ継続	該当・ <u>非該当</u>	
添付書類	<input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 当月分の自己負担上限額管理票 <input type="checkbox"/> 装着証明書 (納品書) <input type="checkbox"/> 製作者の領収書 (写し可) <input type="checkbox"/> 保険者通知書 <input type="checkbox"/> 口座登録 <input type="checkbox"/> 請求書		内訳金額	
			治療用補装具合計額	100,000円
			保険者負担分	70,000円
			自己負担額	0円
			公費負担分 (請求額)	20,000円

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北

# 記入例

様式第13号（第8条関係）

熊本市自立支援医療費（育成医療）治療用補装具費用請求書

請求日は空欄

年 月 日

熊本市長（宛）

住所 熊本市中央区手取本町1番1号

氏名 熊本 太郎 印

金額	千	百	十	万	千	百	十	円
				¥	2	0	0	0

保護者名を記入  
※父親が単身赴任中などは、母でも可  
(母の住所が市内に限る)

〇〇年〇〇月分熊本市自立支援医療費（育成医療）にかかる治療用補装具費用として  
上記金額を請求します。

熊本市自立支援医療費（育成医療）治療用補装具費用申請書の装着月と一致

《振込先口座》

受診者氏名	熊本 太郎					生年月日	昭和53年 4月 1日		
受給者番号									
金融機関名					口座名義人				
熊本市役所	銀行	手取本町	本店	支店	カガナ 欠ト 知				
	信用金庫				出張所 熊本 太郎				
	信用組合								
	( )								
銀行コード		店番号		種別	口座番号				
		0	0	0	1 普通	00000000			
					2 当座				
					3 貯蓄				

# 記入例

様式第13-2号(第8条関係)

## 委任状

請求日は空欄

年 月 日

### 【委任者】

住 所 熊本市中央区手取本町1番1号

氏 名 熊本 太郎 印

私は、熊本市自立支援医療費（育成医療）にかかる治療用補装具費用の受領に関する権限を下記の者に委任します。

記

### 【受任者】

住 所 中央区手取本町1番1号

氏 名 熊本 みどり 印

※補装具費用の申請者と振込先口座が同一人物でない場合



# 記入例

様式第14号 (第11条関係)

自立支援医療費受給者証 (育成医療) 再交付申請書				
熊本市長 (宛)		申請日を記入	年 月 日	
申請者氏名 熊本 太郎		保護者名を記入 ※父親が単身赴任中などは、母でも可 (母の住所が市内に限る)		
私は、下記のとおり、自立支援医療費受給者証の再交付を申請します。				
受診者	フリガナ	クベ ハナ	性別	生年月日
	氏名	熊本 花子	女	平成20年4月1日
	フリガナ	クベハナ トリハチコ		
	住所	中央区手取本町1番1号		
受給者	フリガナ	クベ タロウ	続柄	
	氏名	熊本 太郎	父	
	フリガナ			
	住所	同上		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
再交付の理由	1. 紛失 2. 盗難 3. 汚損・破損 (※受給者証を添付すること。) 4. その他 ( )			

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北

# 記入例

様式第15号 (第12条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成医療)												
受診者	フリガナ	欠ト 花子				性別	生年月日					
	氏名	熊本 花子				女	平成20年4月1日					
	フリガナ	欠ト 太郎 欠ト 花子										
	住所	熊本市中央区手取本町1番1号										
	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
保護者	フリガナ	欠ト 太郎				続柄						
	氏名	熊本 太郎				父						
	フリガナ											
	住所	同上										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
自立支援医療費受給者番号							変更年月日		事実発生日			
受給者証の有効期間		年 月 日 から					年 月 日 まで					
変更内容	事項	変更前					変更後					
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	中央区手取本町1-1					中央区手取本町1-2					
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	中央区手取本町1-1					中央区手取本町1-2					
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)	熊本市国保 熊本太郎 1234-5678 熊本花子 1234-5678					熊本市役所保険協会 熊本太郎 1234567-1 熊本花子 1234567-1					
	身体障害者手帳番号											
備考												
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載されたとおり届け出ます。</p> <p>熊本市長 (宛)</p> <p>年 月 日 届出者氏名</p>												
<p>申請日を記入</p> <p>保護者名を記入 ※父親が単身赴任中などは、母でも可 (母の住所が市内に限る)</p> <p>熊本 太郎</p>												

※ 自己負担上限額 (所得区分及び重度かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書 (変更) に記載すること。

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北
個人番号関係	身元確認(本人・代理人) : 未・済	個人番号カード・運転免許書・その他( )	
	個人番号確認 : 未・済	個人番号カード・通知カード	

# 記入例

様式第16号（第13条関係）

自立支援医療費受給者証（育成医療）返還届			
熊本市長（宛）		申請日を記入	年 月 日
届出者氏名 熊本 太郎			
私は、下記のとおり、自立支援医療費受給者証を返還します。			
受診者	フリガナ	クマモト ハナ	性別 生年月日
	氏名	熊本 花子	男 女 平成20年4月1日
	フリガナ	クマモト チュウコウ トリホシコウ	
	住所	熊本市中央区手取本町1番1号	
受給者	フリガナ	クマモト タロウ	続柄
	氏名	熊本 太郎	父
	フリガナ		
	住所	同上	
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
返還の理由	1. 受診者が死亡したため（ 年 月 日） 2. 市外へ転出したため（転出日： 年 月 日） 3. 治療が必要でなくなったため（転院・延期・治療内容の変更） 4. その他（ ）		

※受給者証を添付すること。

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北