

自立支援医療費（更生医療）支給認定同意書

春日市福祉事務所長 殿

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 2 条に規定する自立支援医療費（更生医療）の支給認定のために必要があるときは、関係機関に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額及び収入（障害年金、老齢年金、遺族年金、特別児童扶養手当、特別障害手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当等を含めた収入の合計額）等の必要な情報を照会することに同意します。

年 月 日

申請者	ふりがな		生年月日	個人番号																	
	氏名		年 月 日																		
	住所	電話番号																			
世帯員①	ふりがな		生年月日	個人番号																	
	氏名		年 月 日																		
	住所	電話番号																			
世帯員②	ふりがな		生年月日	個人番号																	
	氏名		年 月 日																		
	住所	電話番号																			
世帯員③	ふりがな		生年月日	個人番号																	
	氏名		年 月 日																		
	住所	電話番号																			
世帯員④	ふりがな		生年月日	個人番号																	
	氏名		年 月 日																		
	住所	電話番号																			

自立支援医療費の支給申請における世帯の考え方は以下のとおりです。

- ①申請者が健康保険又は共済組合の被保険者本人の場合：申請者のみ
- ②申請者が健康保険又は共済組合の被扶養者である場合：申請者及び被保険者本人
- ③申請者が国民健康保険の被保険者である場合：申請者及び同一世帯の国民健康保険の加入者全員
- ④申請者が後期高齢者医療制度の被保険者である場合：申請者及び同一世帯の後期高齢者医療制度加入者全員
- ⑤世帯の範囲の特例を申請する場合：申請者と配偶者