自立支援医療費（更生医療　育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）　※１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | | | 年齢 | | 歳 | | | | 生年月日 | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | |  | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |
| 保護者（受診者が１８歳未満の場合記入） | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 続　　柄 | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| 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 |  | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険  の加入者 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ※3 | | | | | | | 該当　・　非該当 | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 都道  　　　　　　　府県 | | | | | 第 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | 医　療　機　関　名 | | | | | | | | | | | | | 所 在 地・ 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※４ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 印　※5    　　　 （保護者氏名）  　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日  　　　　　　 大府市社会福祉事務所長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をする。

※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※４　再認定または変更の方のみ記入。

※５　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　ここから下の欄には記入しないでください。

　　 自治体記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | 進達年月日 |  | 認定年月日 | |  |
| 前回所得区分 | 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 |
| 今回所得区分 | 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（　　　　　　　　　　　 ） | | | | | |
| 前回の受給者番号 |  | | 今回の受給者番号 | |  | |
| 備　考 |  | | | | | |