|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | | | |  | |  | |  | |  | | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | 性別 | | 男・女 | | 年齢 | | 歳 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 受診者住所 |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| 個人番号 |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 保護者住所  ※２ |  | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※２ | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |
| 該当する所得区分  ※３ | 生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上 | | | | | | | | | | | | 重度かつ継続※４ | | | 該当 ・ 非該当 | | | | | |
| 身体障害者手帳  番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　※５ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　※６  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　富津市長　　　　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１　該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。  ※２　受診者本人と異なる場合に記入。  ※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  ※５　再認定または変更の方のみ記入。  ※６　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。 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |
| 市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |