|  |
| --- |
| 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 |  |