第1号様式(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書  ※1 | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ  氏名 |  | 性別 | | | 男・女 | 年齢 | | | | 歳 | 生年月日 |
|  | 年　　月　　日 |
| フリガナ  住所 |  | | | | | | | | | 電話番号 |  |
|  | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ  氏名 |  | | | | | | | | | 受診者との続柄 |  |
|  | | | | | | | | |
| フリガナ  住所  ※2 |  | | | | | | | | | 電話番号  ※2 |  |
|  | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | 高額治療継続者　※4 | | 該当・非該当 |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | |  | | |
| 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、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53条第1項の規定により、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。  　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印　※6  　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　御杖村長　　　　　　殿 | | | | | | | | | | | | |

　※1　新規・再認定の申請の場合に使用

　※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。

　　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 | | | | 高額治療継続者 | 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 | | | | 高額治療継続者 | 該当　・　非該当 | |
| 所得確認書類 | 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 |  | | | | | | |