|  |
| --- |
| 自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１ |
| 障害者・児 | フリガナ受診者氏名 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 |
|  | 大正昭和平成令和 | 年　　月　　日 |
| フリガナ受診者住所 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 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 |  |
|  |
| 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 | 重度かつ継続 ※3 | 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 ※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。 　 個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　※５ 　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日南町福祉事務所長　様 |

※１　該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（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　該当する区分に〇をする。

※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 | 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 |  |
| 診断書の提出 | 医療用（１年目）　・　医療用（２年目）　・　手帳用（１年目）　・　手帳用（２年目）　・　手帳で新規 |
| 備　　考 |  |