

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（ 新規 ・ 再認定 ・ 変更 ）

※1

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|-------------|----------------|--------------|------------------------|--|--|--|
| 受診者 | フリガナ 受診者氏名 | | 性別 男 ・ 女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| | フリガナ 受診者住所 | 〒 | | | 電話番号 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| 保護者 | 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 | | | | 保険者名称 | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | | | | 保険者番号 | | | | |
| | 被保険者氏名 | | 受診者との関係 | | 住所 | | | | |
| | 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 | | | | 障害等級 | | | | | |
| 他の法令による医療受給資格 | 有り ・ 無し | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | かほく市長 油野 和一郎 殿 | | | | | |
| 本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や市民税等の調査をすることに 承諾します ・ 承諾しません | | | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。 -----

自治体記入欄

| | | | |
|----------|--|----------|----------|
| 申請受付年月日 | | 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 | |
| 備考 | | | |