

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|------|-------------------------------------|---------------|------------|---------------------------------------|--|--|
| 受診者 | フリガナ 受診者氏名 | 個人番号： | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | フリガナ 受診者住所 | | | | | 電話番号 | | | |
| 保護者 | 保護者氏名 | 個人番号： | | | | | 続柄 | | |
| | 保護者住所 ※2 | | | | | 電話番号 | | | |
| 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 | ※保険証の写しを添付 | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | 個人番号： | (続柄) | | | 個人番号： | (続柄) | | |
| | | 個人番号： | (続柄) | | | 個人番号： | (続柄) | | |
| | 障害年金・遺族年金受給の有無① | 無 | 有 | [障害年金()級・遺族年金・老齢年金・その他 | | | ※年金改定通知書等、支給金額のわかる書類の写しを添付。] | | |
| | 特別児童扶養手当等受給の有無② | 無 | 有 | [特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当] | | | | | |
| | 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 | | |
| 世帯の所得の確認(希望する方に○) | 証明書等を添付します。 | | | | 職権での調査に同意します。 | | | | |
| 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 | | | | |
| | (病院) | | | | | | | | |
| | (薬局) | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号(該当する方に記載) | 県 第 号 | 手帳無 (育成医療のみ) | | 受給者番号 ※5 | | | | | |
| 障 害 名 | (年 月 日交付) | | 備考 | | | | | | |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">みやき町長 殿</p> | | | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、受診者・保護者欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※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 | 判定依頼年月日 | 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 | | |
| 低所得1・2の場合 | 地方税法上の合計所得金額 ③ | ①、②、③の合計金額 | |
| 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 | | | |