|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療(更生医療・育成医療)費支給認定申請書（新規・再認定・変更）  注１ | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ  受診者氏名 |  | | | | | 歳 | | 生年月日 |
| 個人番号： | | | | | 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 | |  |
| 個人番号： | | | | |
| フリガナ  保護者住所  注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 | 個人番号： | | | | | | | |
| 該当する所得区分　　注３ | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | 重度かつ継続　注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 注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  年　　　月　　　日  　　　　(宛先)東金市長 | | | | | | | | | |

注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。

注２　受診者本人と異なる場合に記入。

注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。

注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。

注５　再認定又は変更の方のみ記入。

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 | 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 |  | | | | | | |