様式第23号(第14条関係)

|  |
| --- |
| 自立支援医療費(更生医療)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 | 　　 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 　 | 　 |
| フリガナ受診者住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 　 |
| 個人番号 |  |
| 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 | 　 |
|  |
| 保護者個人番号 |  |
| 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 | 　 |
| 受診者と同一保険の加入者 |  |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  |
| 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 | 　 | 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、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　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　（宛先）えびの市長　　　　　　　　　　　　　 |

※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　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　再認定又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 |  | 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 | 　 |