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 |  | | | | | |