|  |
| --- |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１ |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 | 個人番号： |  | 年　　月　　日　 |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 受診者住所 |  |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ |  | 受診者との関係 |  |
| 保護者氏名 | 個人番号:　 |
| フリガナ |  | 電話番号※２ |  |
| 保護者住所※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※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 |  |
| 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 |  |
| 特定疾病療養受療証※６ | 有　　・　　無 |
| 　　上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。また、自立支援医療（更生医療・育成医療）給付の自己負担の決定に必要な私及び同一保険加入者の所得状況等について、市長が必要な情報を閲覧することに同意します。　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※７　※８　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　三　浦　市　長　　　　　 |

※１　育成医療・更生医療　のいずれかと、新規・再認定・変更（自己負担上限額、指定自立支援医療機関又は医療の具体的方針の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をすること。

※２　受診者本人と異なる場合に記入すること。

※３　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※４　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※５　再認定又は変更の方のみ記入すること。

※６　人工透析を受ける方については、本申請書と併せて特定疾病療養受療証の写しを提出すること。

※７　受診者が１８歳未満の場合は、保護者をもって申請者とすること。

※８　申請者氏名については、本人が手書きできない場合は、記名押印とすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ここから下の欄には記入しないでください。 |  |
|  |  |

　　　　　 市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 　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 |  |