|  |
| --- |
| 自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書〔　新規・再認定・変更・他市町村からの転入・再発行（理由：　　　　　）〕　※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： | 　平成　令和 | 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 |  |
| 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※５ | 該当 ・ 非該当 |
| 障害年金等　※４ | 無 | 　　有（種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体障害者手帳番号 |  | 特定疾病療養受療証の有無 | 有　・　無 | 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　※６ |  | 既存の受給者証の有効期限　※６ | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 　　　私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　なお、当業務に必要な範囲内で市町村民税に係る税額等の課税情報を閲覧し、調査することに同意します。　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　※７　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　行橋市長　　　殿 |
|  |

 ※１　該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）・他市町村からの転入・再発行（理由を記載する

 　　こと）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　※３で低１・低２に該当する場合のみ記入。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）

 ※５　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

 ※６　再認定・変更・他市町村からの転入・再発行の場合のみ記入。

 ※７　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。

 注）申請の際は、意見書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

 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 | 　　　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 |  |