

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

|  |                     |                                 |    |                 |      |              |                        |  |   |   |   |
|--|---------------------|---------------------------------|----|-----------------|------|--------------|------------------------|--|---|---|---|
| 障害者・児  | フリガナ<br>受診者氏名       |                                 | 性別 | 男・女             | 年齢   | 歳            | 生年月日<br>大正<br>昭和<br>平成 |  | 年 | 月 | 日 |
|  | フリガナ<br>受診者住所       | 浅口市                             |    |                 |      | 電話番号         |                        |  |   |   |   |
|  | 個人番号                |                                 |    |                 |      |              |                        |  |   |   |   |
| 受診者が18歳未満の場合   | フリガナ<br>保護者氏名       |                                 |    |                 |      | 受診者との関係      |                        |  |   |   |   |
|  | フリガナ<br>保護者住所<br>※2 |                                 |    |                 |      | 電話番号<br>※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<br>※3      | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |    |                 |      | 重度かつ継続<br>※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   |                     |                                 |    |                 |      |              |                        |  |   |   |   |
| 治療方針の変更 ※6   | 有 ・ 無               |                                 |    | 診断書の添付<br>※6、※7 |      |              | 有 ・ 無                  |  |   |   |   |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印 ※8</span></p> <p>令和 年 月 日</p> <p>浅口市長 <span style="float:right">殿</span></p> |                     |                                 |    |                 |      |              |                        |  |   |   |   |

- ※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 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 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 |
| 所得確認方法   | 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   |        |          |
| 診断書の提出   | 医療用（1年目） ・ 医療用（2年目）             |            | 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） |            | 手帳で新規  |          |
| 備考       |                                 |            |                     |            |        |          |