様式第２２号（第２１条,第２３条関係）

|  |
| --- |
| 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 | フリガナ受診者氏名 | 　 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
|  |  | 年　　月　　日　 |
| フリガナ | 　 | 電話番号 | 　 |
| 受診者住所 |  |
| 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 | 　　　県・市　　　　　　　　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 |
| （ 入院 ・ 通院 ） |  |
| 受給者番号　※5 | 　 |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療・更生医療)の支給を申請します。　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　※6　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　大村市長　様 |

※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 | 　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 | 　 |

自立支援医療（育成医療）用

同　　　　意　　　　書

１．私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療（育成医療）給付の利用者負担金算定のために必要な事項（所得課税、収入、住民票、医療保険、その他の必要に応じた事項）について、市長が調査することに同意します。

２．自立支援医療受給者証（育成医療）写しを指定医療機関へ送付することに同意します。

　　　年　　　月　　　日

大村市長　　様

　申請者　　　住　所

　　　　　　　氏　名

|  |
| --- |
| 申請者と医療保険を同一にする者　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係） |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |

※　以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。