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（更生医療）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（更生医療）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（更生医療）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 |
| 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。