自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  |  |
| 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 |  | 受診者との関係 |  |
| 保護者氏名 |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 保護者住所 |  |
| 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 |  |
| 該当する所得区分 | 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 |
| 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 |  |
| 治療方針の変更 | 有・無 | 診断書の添付 | 有・無 |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　（自署又は記名押印）　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　陸前高田市長　　　　　　　　　　様 |

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

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