

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 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | |
| | フリガナ 受診者住所 | | | | | 電話番号 | | | |
| 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 | | | |
| 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 ※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 | | | | | | | | | |
| <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 _____ 印 ※6</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>吉野ヶ里町長 _____ 殿</p> | | | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 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 | | | | | | |