様式第３２号（第３５条、第３７条関係）

|  |
| --- |
| 自立支援医療費（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 |  | 年齢 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 歳 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者住所 |  | 電話番号 |  |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  | 受診者との関係 |  |
| フリガナ |  | 電話番号※２ |  |
| 保護者住所※２ |  |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号番号 |  | 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 |  |
| 大田原市福祉事務所長　　　様私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、大田原市が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。年　　月　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　※６ |

※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○を付ける。

※２　受診者本人と異なる場合に記入する。

※３　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。

※４　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。

※５　再認定又は変更の方のみ記入する。

※６　申請者氏名については、記名してください。

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 認定年月日 | 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 |  |