|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1 | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 性別 | | 男・女 | 年齢 | | | 歳 | | 生年月日 | |
| 受診者氏名 |  | 年　月　日 | |
| フリガナ |  | | | | | | | 電話番号 | |  | |
| 受診者住所 |  | | | | | | |
| 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  ※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 | |  | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更 | | 有　・　無 | | 診断書の添付 | | | | | 有　・　無 | | | |
| 私は、関係書類を添えて、自立支援医療費（育成医療）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。  　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　※6  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　大田原市長　　　　　　　　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と。

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

　　　大田原市記入欄

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