

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			年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名					明治 大正 昭和 平成	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			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									
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
障害年金等	無		有		（種類： _____ ）				
身体障害者手帳番号			特定疾病療養 受療証の有無	有	・ 無	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。 また、障害者総合支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の町民税等の必要な情報を福祉課の職員が調査すること、並びに社会保険事務所、各種共済組合に対し、照会することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">【同一保険加入者】</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※6 _____ 印 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">水巻町長 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	個人番号 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						
前回の受給者番号			今回の受給者番号						
備考									