様式第23号

|  |
| --- |
| 自立支援医療費（育成医療・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 |  |  |  | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 |  | 年齢 | 歳 | 　　　　　 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  |  |  |  |  |  |
| 受診者住所 |  |  |  |  | 電話番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 保護者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負担額に関する事項 | 受診者の加入医療保険の記号及び番号 |  |  | 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　・　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　※６ | 有　　　　　・　　　　　無 | 診断書の添付※６、※７ | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日土佐清水市福祉事務所長 　　殿 |

※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　継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

※７　前年度（１年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  | 特定疾病療養受療証写添付（　有　・　無　） |
| 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 |
| 所得確認方法 | 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 | 有　・　無 |  |  |