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 |  | |  | | | | |