様式第12号（第18条、第20条関係）

|  |
| --- |
| 自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更） |
| フリガナ | 　 |  | 年齢 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 　 |  | 歳 |  | 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※１ | 　 |
| 保護者住所※１ | 　 |
| 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 | 名前 | 個人番号 |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 該当する所得区分 | 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 |
| 身体障害者手帳番号 | 　 |
| 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　※２ | 　 |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　(宛先)三条市社会福祉事務所長　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 種別 | 障害年金・遺族年金・手当・その他 |
| 金額 |  |

非課税世帯であって、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当を受給している方（該当する種別を○で囲み、金額を記入してください。）

※１　受診者本人と異なる場合に記入。

※２　再認定又は変更の方のみ記入。

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