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 |  | | | | |