|  |
| --- |
| 　　　　　　　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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※1 |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 |  | 　　　　　　　　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 |  |
| 保護者住所※２ |  |
| 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 |  | 職権調査同意※６ | 　　　同意する　　　　　・　　　　　同意しない |
| 　治療方針の変更　※７ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　有（診断書添付必要）　　　　　・　　　　　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。　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　※８　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　門川町長　　　　　　　　　　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　該当する区分に○をしてください。

※４　該当する区分に○をしてください。該当の場合のみ『重度かつ継続の意見書』が必要となります。

※５　再認定または変更の方のみ記入してください。

※６　申請書及び添付書類で、所得額等を認定できない場合、申請者の負担軽減のため、実施機関が、職権に基づき市町村等から世帯や所得

　　　等の情報の提供を受けること。いづれかに○をつけてください。（同意があっても、申請者に書類の提出を求めることがあります。）

※７　継続申請（診断書の提出が２年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

※８　申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | センター受付年月日 |  |
| 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　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　認定所得区分 |  | 月額負担上限額 |  | 重度かつ継続 | 　　該当　・　非該当　・　保留 |
| 前回の受給者番号 |  | 今回の受給者番号 |  | 認定年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 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 |  | 職権確認欄 |  |