　様式第１号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)  　　※１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害児 | フリガナ  受診者氏名 |  | | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | 年齢 | 歳 | | | 生年月日 | | |
|  | | | | | | | | 年　　　月　　日 | | |
| 受診者住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  |
| 保護者 | フリガナ  保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | 父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹・その他 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者住所 ※２ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号※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及び番号 | (保険種別)  社保・国保・生保・その他 | | | | | | | 記号 | | | | | | | 番号 | | | 保険者名 | | |  | | |
| 受診者と同一保険の加入者 |  | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |  | | |  |
| 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 | |  | | | | | | | 障害等級 | | | | | |  | | | | 特定疾病療養受療証 | | | | 有　・　無 | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　※８  　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　対馬市福祉事務所長　　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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する。

※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　再認定又は変更の方のみ記入する。

※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）

※８　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  | 本課受付年月日 |  | 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 | □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(　　　　　　　　　　　　　)　 □職権 | | | | |
| 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 |  | | | | |