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 | 　 |