様式第27号(第13条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費(更生医療・育成医療)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  ※2 |  |
| 保護者住所※2 |  | | | | | | | |
| 保護者個人番号 |  | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 受信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 | |  | | | | | | | | | |
| 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　※6  　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　いなべ市福祉事務所長　　　　様 | | | | | | | | | | | |

※1　該当する医療の種類及び新規・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をする。

※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　再認定又は変更の場合に記入をする。

※6　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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 個人番号　　市町民税課税証明書　　市町民税非課税証明書　　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 |  | | | | | |