

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 ※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 | |
| いなべ市福祉事務所長 | | 年 月 日 | 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 | | | | | |