

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<br>受診者氏名            |                       | 性別<br>男・女         | 年齢   | 歳                          | 生 年 月 日      |        |
|                                                                                       | 個人番号                     |                       |                   |      |                            | 年 月 日        |        |
|                                                                                       | フリガナ<br>受診者住所            |                       |                   |      |                            | 電話番号         |        |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                          | フリガナ<br>保護者氏名            |                       |                   |      |                            | 受診者との関係      |        |
|                                                                                       | 個人番号                     |                       |                   |      |                            |              |        |
|                                                                                       | フリガナ<br>保護者住所<br>※2      |                       |                   |      |                            | 電話番号<br>※2   |        |
| 負担額に関する事項                                                                             | 受診者の<br>被保険者証の<br>記号及び番号 |                       |                   | 保険者名 |                            |              |        |
|                                                                                       | 受診者と<br>同一保険の<br>加入者     |                       |                   |      | 受診者の属する<br>保険者証の<br>記号及び番号 |              |        |
|                                                                                       | 該当する<br>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<br>継続※4 | 該当・非該当 |
| 身体障害者手帳<br>番号                                                                         | 第 号                      |                       | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |      |                            |              |        |
| 受診を希望する指定<br>自立支援医療機関<br>（薬局・訪問看護<br>事業者を含む）                                          | 医 療 機 関 名                |                       |                   |      | 所在地・電話番号                   |              |        |
|                                                                                       | 病院・診療所                   |                       |                   |      | ( - - )                    |              |        |
|                                                                                       | 薬局                       |                       |                   |      | ( - - )                    |              |        |
|                                                                                       | 訪問看護事業者                  |                       |                   |      | ( - - )                    |              |        |
| 受給者番号 ※5                                                                              |                          |                       |                   |      |                            |              |        |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>茂原市長 市原 淳 あて</p> |                          |                       |                   |      |                            |              |        |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※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<br>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<br>継続 | 該当・非該当 |
| 所得確認書類   | 市町村民税課税証明書<br>生活保護受給世帯の証明書 |       | 市町村民税非課税証明書<br>その他（ | 標準負担額減額認定証 |        |
| 前回の受給者番号 |                            |       | 今回の受給者番号            |            |        |
| 備 考      |                            |       |                     |            |        |