

自立支援医療費(更生医療)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	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名					
	フリガナ	郵便番号		〒		
	受診者住所	電話番号				
個人番号						
受診者が場18歳未満の場合	フリガナ	受診者との関係				
	保護者氏名	電話番号 ※2				
	フリガナ					
保護者住所 ※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	保険者名				
	受診者と同一保険の加入者					
	受診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		
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			
			〒  電話番号			
受給者番号 ※5						
医療方針の変更 ※6	有 ・ 無		診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無	
<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 <span style="float:right">㊟ ※8</span></p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p style="text-align:right">小林市福祉事務所長 様</p>						

- ※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。
- ※3 該当すると思う区分に○をする。
- ※4 該当すると思う区分に○をする。該当の場合のみ、証明書類(医師の意見書や医療保険多数該当を確認する書類等)が必要となる。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※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。
- ※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。
- ※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

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
所得確認方法	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( )		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
診断書の提出			
備考			

## 同意書

(1) 自立支援医療費（更生医療・育成医療）の自己負担額認定に際し必要がある場合は、小林市が私及び私の世帯員に係る次の状況について調査すること。

1. 世帯、所得、課税に関する状況
2. 医療保険に関する状況
3. 行政庁から支給される各種手当、給付金の状況

(2) 自立支援医療費（更生医療・育成医療）の支給認定情報及び受給者証の写しを小林市が指定医療機関に提示または送付すること。

上記について同意します。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

児童氏名 \_\_\_\_\_

小林市福祉事務所長 様

※ 支給申請に係る対象者が18歳未満の児童の場合は、申請者氏名欄に保護者の記名、押印をしてください。