

| 自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1 | | | | | | | | |
|---|----------------------|----|----|-----------|----------------------|-----|------|-----------|
| 受診者 (障がい者・児) | フリガナ | | 性別 | 年齢 | 生年月日 | | | |
| | 受診者 氏名 | | 男女 | 才 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| | 受診者 住所 | | | | 電話番号 | | | |
| | 受診者 個人番号 | | | | | | | |
| 18才未満の 受診者が 場合 | 保護者 氏名 | | | | 受診者 との関係 | | | |
| | 保護者 住所 | | | | 電話番号 | | | |
| | 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・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 ※2 | 生保 | 低1 | 低2 | 中間1 | 中間2 | 一定以上 | 重度かつ継続 ※3 |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | | | |
| 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 ※4 | | | | 職権調査同意 ※5 | 同意する・同意しない | | | |
| <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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: right;">延岡市福祉事務所長 様</p> | | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更(自己負担額及び指定医療機関の変更)のいずれかに○をしてください。
- ※2 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※3 チェックシートを参照し、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)が必要となります。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※5 申請書及び添付書類で、所得額等を認定できない場合、申請者の負担軽減のため、実施機関が、職権に基づき市町村等から世帯や所得等の情報の提供を受けます。いずれかに○をつけてください。
- ※6 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名をしてください。

ここから下の欄には記入しないでください

| | | | |
|----------|--|--------|------------------|
| 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 | 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 () | | |
| 認定所得区分 | 月額負担上限額 | 円 | 重度かつ継続 該当・非該当・保留 |
| 前回の受給者番号 | 今回の受給者番号 | 認定年月日 | 令和 年 月 日 |
| 備考 | | | |