第27号様式(第20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　　　　　　　　　　　 |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 　 |  | 　年　　月　　日　　 |
| 個人番号 |  |
| フリガナ | 　 | 電話番号 | －　　　　－ |
| 受診者住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 保護者 | 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 | （〒　　　－　　　　） |
| 個人番号 |  |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者等記号及び番号 | 記号 |  | 番号 |  | 保険者名 | 　 |
| 受診者と同一保険の加入者（続柄） | （　　） | （　　） | （　　） |
| （　　） | （　　） | （　　） |
| 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※3 | 該当　・　非該当 |
| 身体障害者手帳番号　※4 |  | 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 |
| 病院・診療所 | (　　 -　　 -　　 ) |
| 薬局 | (　　 -　　 -　　 ) |
| 訪問看護事業者 | (　　 -　　 -　　 ) |
| 受給者番号　※5 |  |
| 　　私は、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　　　日多　古　町　長　　　　　　　　　　　様 |

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・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　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　身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。

※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 | 年　　月　　日 | 進達年月日 | 年　　月　　日 | 認定年月日 | 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 | 　　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 | 　 |
| 備　　考 | 　 |