様式第２３号（第１５条関係）

|  |
| --- |
| 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 | フリガナ受診者氏名 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 　　歳 | 生 年 月 日 |
|  |  |
| フリガナ受診者住所 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受 診 者未が 満18歳 の場 合 | フリガナ保護者氏名 |  | 受診者との関係 |  |
|  |
| フリガナ保護者住所※２ |  | 電話番号※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 | 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 |  |
| 治療方針の変更 ※６ | 有　　　・　　　無 | 診断書の添付※６，※７ | 有　　　・　　　無 |
| 申請者氏名 ○印 ※８　　　年　　　月　　　日 |

※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　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。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

※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。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

※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。

 自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　） 公簿で確認済 |
| 前回の受給者番号 |  | 今回の受給者番号 |  |
| 診断書の提出 | 医療用（１年目）・医療用（２年目）・手帳用（１年目）・手帳用（２年目）・手帳で新規 |
| 備　　考 |  |