様式第２４号（第３２条、第３４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | 男・女 | | | 歳 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 個人番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者住所 |  | | 電話番号 | | | （　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ |  | | 個人番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名 |  | | 受診者との関係 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | 電話番号  ※２ | | | （　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者住所  ※２ |  | |
| 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 |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 大田原市福祉事務所長　　　様  私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　※６ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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　再認定又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。

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | 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 |  | | | | |