

## 自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

|   |                  |                                 |            |          |                      |          |   |   |  |
|---|------------------|---------------------------------|------------|----------|----------------------|----------|---|---|--|
| 障害者・児   | フリガナ             |                                 | 年齢         | 歳        | 生年月日                 |          |   |   |  |
|   | 受診者氏名            |                                 |            |          | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年        | 月 | 日 |  |
|   | フリガナ             |                                 | 電話番号       |          |                      |          |   |   |  |
| 受診者住所   |                  |                                 |            |          |                      |          |   |   |  |
| 個人番号  |                  |                                 |            |          |                      |          |   |   |  |
| 受診者が18歳未満の場合  | フリガナ             |                                 | 受診者との関係    |          |                      |          |   |   |  |
|   | 保護者氏名            |                                 |            |          |                      |          |   |   |  |
|   | フリガナ             |                                 | 電話番号<br>※2 |          |                      |          |   |   |  |
| 保護者住所<br>※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         | 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 |   |   |  |
| 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 ※3  |                  |                                 |            |          |                      |          |   |   |  |
| <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。<br/>         なお、この申請に基づき、市町村が私の税務関係情報について調査を行うこと及び税務関係課長が回答することに同意します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>総社市長 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 再認定または変更の方のみ記入。

-----  
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   |                  |            |          |
| 備考       |                                 |            |                  |            |          |