

別紙様式第1号

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				性別		年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名								年 月 日			
	フリガナ								電話番号			
	受診者住所								電話番号			
	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								電話番号			
	フリガナ								電話番号			
	保護者住所 ※2								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					
治療方針の変更	有 _____ ・ _____ 無			診断書の添付			有 _____ ・ _____ 無					
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。						課税台帳閲覧同意書						
申請者氏名			印 ※6			私は、上記事項のため私の世帯に係わる課税台帳を、酒田市福祉事務所長が閲覧することに同意します。						
年 月 日						申請者氏名			印			
酒田市福祉事務所長 殿						酒田市福祉事務所長 殿						

- ※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 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		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
所得確認書類	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		
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					