# 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 )

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受診者（障害児） | フリガナ | | 年齢 | 歳 | 生年月日 □大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日 |
| | 氏名 | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | | |
| | 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 | | |
| | 保護者住所 | | | | |
| | 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番号 | | 保険者名 | □小牧市 □愛知県後期高齢者医療広域連合 □全国健康保険協会 ( )支部 □その他( ) | |
| | 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 2 / 中間 1 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 | □愛知県 □その他( ) | | 精神障害保健福祉手帳番号 | | |
| 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 | | | | |
| | 薬局 | □ 薬局なし(院内処方など) | | | |
| 受給者番号 | | | | | |

私は、上記のとおり自立支援医療費の支給申請をします。

**申請者氏名**

年 月 日

(宛先)小牧市福祉事務所長

※1 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 保護者住所欄は、受診者本人と異なる場合に記入すること。
※3 受給者番号欄は、再認定又は変更の場合のみ記入すること。
※4 申請者氏名については、記名又は自筆による署名のいずれかとする。

受付印

……ここから下の欄には記入しないでください。……

小牧市記入欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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・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・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書<br>生活保護受給世帯の証明書 その他( ) | | | | |
| 前回受給者番号 | | 今回受給者番号 | | | |
| 備考 | [有期] 年 月 日 [障害年金等] □有( 円/年) □無<br>[添付書類] □意見書 □保険証 □マル長(透析のみ) □受給者証 □その他( ) | | | | |