様式第28号（第19条関係）

|  |
| --- |
| 自立支援医療費（育成・更正・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 | 　 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 | 　 | 明治大正昭和平成 | 　　　年　　　月　　日 |
| フリガナ | 　 | 電話番号 |  |
| 受診者住所 | 　飛騨市 |
| 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※２ |  |
| 保護者住所※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 | 　 | 　 |
| 受信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 |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※８平成　　　　年　　　月　　　日飛驒市福祉事務所長あて |

※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　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 　　　　　　　　　　　　　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 | 　 |
| 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 | 　 |