|  |
| --- |
| 市町村名：滝沢市 |
| 自立支援医療費（更生・育成）支給認定申請書 |
| 新規・再認定・変更（所得区分・医療機関・その他）・転入 ※１ |
| 障害者・児 | フリガナ |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平年　　　月　　　日 |
| 受診者氏名 |  |
| フリガナ | タキザワシ |
| 受診者住所 | 滝沢市 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |
| 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 |  |
| 保護者住所※２ |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号※２ |  |
| 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（被用者保険の場合は被保険者のみ。） | 氏名 | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 該当する所得区分（該当区分に○） | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続（該当区分に○） | 該当・非該当 |
| 身体障害者手帳番号 |  | 受給者番号（再認定又は変更のみ記入 |  |
| 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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。滝沢市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※１　新規・再認定・変更・転入のいずれか及び変更の場合は変更内容に○を付してください。

※２　受診者本人と異なる場合に記入してください。

**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 |  | 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　　中間所得・対象外 | 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 |  | 前回の有効期限 |  |
| 備　考 |  |