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