

| 自立支援医療費(育成・更生・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        | 生年月日   |
|                                       | 受診者氏名            |                       |              |          |           | 歳      |
|                                       | フリガナ             |                       |              |          |           | 電話番号   |
|                                       | 受診者住所            |                       |              |          |           |        |
| 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 ※2      |          |           |        |
| 保護者住所 ※2                              |                  |                       |              |          |           |        |
| 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     |                       |              |          |           |        |
|                                       | 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                                 |                  |                       | 印 ※8         |          |           |        |
| 年 月 日                                 |                  |                       |              |          |           |        |
| 南陽市長                                  |                  |                       | 殿            |          |           |        |

- ※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     |
| 所得確認書類   | 市町村民税課税証明書<br>生活保護受給世帯の証明書                        |          | 市町村民税非課税証明書<br>その他収入等を証明する書類( ) |        | 標準負担額減額認定証 |
| 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       |   |          |                                 |        |            |