様式第１号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成）・支給認定申請書（新規・再認定・変更）※１ | | | | | | | | |
| 障害者・児 | 受診者氏名 |  | | 年齢 | | 歳 | | 生年月日 |
|  |
| 受診者住所 |  | | 電話番号 | | | |  |
| 個人番号 |  | | | | | | |
| 受診者が１８歳未満の場合 | 保護者氏名 |  | | | 受診者との関係 | | |  |
| 保護者住所  ※２ |  | | | 電話番号  ※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  （個人番号） | （　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 該当する所得区分 | 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 | |
| 保護者の収入  ※３ | １　課税収入　　老齢年金・給与収入・営業等・退職所得・収入なし・その他（　　　　）  ２　非課税収入　障害年金・遺族年金・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・  特別児童扶養手当 | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | |  | | | | | | |
| 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 | | | | |
|  | |  | | | | |
| 受診者番号　※４ | |  | | | | | | |
| 私は，上記のとおり，自立支援医療費の支給を申請します。  　私の属する世帯の課税状況について，地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。  　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　※５  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　宇土市福祉事務所長　様 | | | | | | | | |

※１　新規・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　該当する収入があれば○をする。

※４　再認定又は変更の方のみ記入

※５　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。