様式第16号（第18条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ  受診者氏名 |  | | | | | | | | 年齢 | | | 歳 | | | | | 生　年　月　日 | | | | |
|  | | | | | | | |
| 年月　　日 | | | | |
| 受診者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |
| 未満の場合  受診者が１８歳 | フリガナ  保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 保護者住所※２ | **〒** | | | | | | | | | | | 電話番号※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の氏名及び個人番号 | フリガナ | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 病院・診療所 | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 病院・診療所 | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 薬局 | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 訪問看護事業者 | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 受給者番号 ※５ | |  | | | | | | 有効期限 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更※６ | | 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。  　豊岡市長　様  年月日  　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　　　申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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　該当すると思う区分に○をする。

※４　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　継続申請の方のみ記入。

※７　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。

ここから下の欄は記入しないでください

豊岡市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 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 | | |  | |
| 備考 |  | | | | | |