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 |  |