様式第24号(第22条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費(更生医療・育成医療）支給認定申請書(新規・再認定・変更)　　※1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | | | | |  | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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  氏名・個人番号 |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  | |  | |
| 該当する  所得区分 | 生活保護世帯 | | | | 市町村民税非課税世帯  円 | | | | | | | | | | | | | 市町村民税課税世帯  円 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※3 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更 | | 有　　・　　無 | | | | | | 診断書添付 | | | | | | | | | | | 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  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　相馬市福祉事務所長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※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　再認定または変更の方のみ記入。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | 年　　月　　日 | 認定年月日 | 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 |
| 所得確認方法 | 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　　　同意書　　　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 |  | | | | |