|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）  年　　月　　日  　上天草市福祉事務所長　様  申請者氏名　　　　　　　　印  （申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。）  　私は、次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | 性別 | | 男・女 | | 年齢 | | 歳 | 生　年　月　日 | |
| 申請者氏名 | |  | 年　　月　　日 | |
| 申請者住所 | | 上天草市 | | | | | | | 電話番号 |  | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 申請者の被保険者証の記号及び番号 |  | | 保険者名 | |  | | | | | |
| 申請者と同一保険の加入者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　（個人番号） | | | | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分  ※１ | 生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上 | | | | | | | 重度かつ継続※２ | | 該当　・　非該当 |
| 申請者の収入※３ | 障害年金等※４・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・退職所得 | | | | | | | | | |
| 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　※５ | |  | | | | | | | | | |
| 自立支援医療受給者証の有　効　期　限 | | 年　　　月　　　日　から　　　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | |
| 年　　　　月　　　　日  　上天草市福祉事務所長　様  　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　　※６ | | | | | | | | | | | |

　※１　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

　※２　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

　※３　申請者の収入に○をする。

　※４　障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金。

　※５　再認定、変更の方のみ記入。

　※６　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。

　医療機関にて次の申請事項を、１～６に○をして、期間・理由等を記入してください。

　　　　１　新規

　２　期間延長

|  |  |
| --- | --- |
| 延長期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |

　３　内容変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 |
| 変更後 |
| 変更理由 |  |
| 変更期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |

　４　医療機関変更

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関名 | 変更前 |
| 変更後 |
| 医療機関変更の理由 |  |
| 変更期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |

　５　併行受療

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 | 併行先医療機関 |
| 現指定医療機関 |
| 併行受療の理由 |  |
| 併行受療期間 |  |

　６　自己負担上限額の変更