

様式第25号（第27条、第29条関係）

| 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） ※1  |                      |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
|---|----------------------|-----------------------|--|--|-----|----|---------------|---------------|--------|--|--|--|--|
| 受診者   | フリガナ<br>氏名           |                       |  |  |     |    |               | 生年月日<br>年 月 日 |        |  |  |  |  |
|   | 住所                   | 〒                     |  |  |     | 電話 |               |               |        |  |  |  |  |
|   | 個人番号                 |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
| 保護者   | フリガナ<br>氏名           |                       |  |  |     |    |               | 受診者<br>との関係   |        |  |  |  |  |
|   | 住所 ※2                | 〒                     |  |  |     | 電話 |               |               |        |  |  |  |  |
|   | 個人番号                 |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
| 負担額<br>に関する<br>事項   | 受診者の被保険者<br>証の記号及び番号 |                       |  |  |     |    |               | 保険者名          |        |  |  |  |  |
|   | 受診者と同一<br>保険の加入者     |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
|   | 受診者と同一保険の<br>加入者個人番号 |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
|   | 該当する所得区分<br>※3       | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 |  |  |     |    |               | 重度かつ<br>継続※4  | 該当・非該当 |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号   |                      |                       |  |  |     |    | 精神障害者保健福祉手帳番号 |               |        |  |  |  |  |
| 受診を希望する指定自<br>立支援医療機関（薬局・<br>訪問看護事業者を含む）  | 医療機関名                |                       |  |  | 所在地 |    |               |               | 電話     |  |  |  |  |
|   |                      |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
| 受給者番号※5   |                      |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>また、支給認定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に照会し、調査し、及び閲覧することを承諾します。</p> <p>庄内町長 富 檜 透 宛</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> |                      |                       |  |  |     |    |               |               |        |  |  |  |  |

※1 新規・再認定・変更（自己負担上限月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・4 チェックシートを参照し、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。

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 |                            | 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  | 市町村民税課税証明書<br>生活保護受給世帯の証明書 | 市町村民税非課税証明書<br>その他収入等を証明する書類（ | 標準負担額減額認定証<br>） |
| 世帯確認書類  | 被保険者証等                     | 住民票                           | その他（            |