

別紙5

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）							
※1							
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名						明 治 大 正 昭 和 平 成
	フリガナ					電話番号	
	受診者住所						
受診者がいる場合	フリガナ					受診者との関係	
	保護者氏名						
	フリガナ					電話番号 ※2	
	保護者住所 ※2						
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						
	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			精神障害者保健福祉手帳番号				
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							
<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 style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">登米市長 布施 孝 尚</p>							

※1 該当する医療の種類及び新規・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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※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。

※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。

----- 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		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		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					

別紙5-1

自立支援医療費（育成・更生）精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	55歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	受診者氏名	厚労 花子		受診する医療に〇をつける。		年齢	55歳	申請の内容に〇をつける。		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	トウキョウト チヨタク カスミガセキ		電話番号	〇3-△△△△-□□□□					
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×		医療を受ける者の名前を書く。						
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名	記入不要		受診者との関係	記入不要					
	保護者住所	記入不要		電話番号	記入不要					
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	135790	保険者名	〇〇〇〇組合		医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。				
	受診者と同一保険の加入者	厚労 花男、厚労 花美		別添チェックシートを参考に記入する。		該当すると思われる区分を記入する。				
	該当する所得区分	生保・低1・低2・ <input checked="" type="radio"/> 中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	<input checked="" type="radio"/> 該当・非該当					
身体障害者手帳番号	123456789		精神障害者保健福祉手帳番号	987654321						
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		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。		所在地・電話番号					
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所		複数申請するのであれば、全て記入する。		宮城県〇〇市〇〇〇 〇22-〇〇〇-×××× 宮城県〇〇市□□□ 〇22-□□□-×××× 宮城県〇〇市△△△ 〇22-△△△-××××					
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>申請者氏名 厚労 花男 印 ※6</p> <p>平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>登米市長 布施 孝 尚</p> <p>既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。</p>										

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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）のいずれかに〇をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※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。

----- 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	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 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		