様式第1号(第2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 |
| 障　害　者 | フリガナ | オヤマ　タロウ | 性別 | 男・女 | 年齢 | ６０歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 小山　太郎 | ○○年△△月××日　 |
| フリガナ | オヤマシチュウオウチョウ | 電話番号 | △△－○○○○ |
| 受診者住所 | 小山市中央町１－１－１医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入 |
| 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 | ○○健康保険組合 |
| 受診者と同一保険の加入者 | 小山　花子、小山　次郎医療を受ける方が加入している保険者名を記入 |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 | × | × | × | × | △医療を受ける方の同一保険に加入している方全ての氏名を記入 | △ | △ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 該当する所得区分※2 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続※3障害年金・寡婦年金・老齢年金等の年金額を記入 | 該当　・　非該当 |
| 年金受給額 | ○○万円（月／△月） |
| 身体障害者手帳番号 | 栃木県　××××××　号 |
| 受診を希望する指定支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) | 医療機関名 | 所在地・電話番号 |
| ○○病院△△薬局 | 病院・薬局など、受診を希望する指定自立支援医療機関名を記入 |
| 受給者番号　※4 |  |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費(更生医療)の支給を申請します。　なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、小山市が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。申請者氏名を記入と捺印小山市長　　　　　　　　　　様△△年○○月××日　　　　　　　　申請者氏名　小山　太郎　　　　　　　　印　※5 |

※1　該当する新規・再認定・変更(自己負担上限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　チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。

※3　チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。

※4　再認定又は変更の方のみ記入

※5　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 | 　個人番号　　　市区町村民税課税証明書　　　市区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 | 　 |