

| 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                      |                                 | 性別        | 男・女   | 年齢        | 歳 | 生年月日 |
|   | 受診者氏名                     |                                 |           |   |           |   | 年    |
|   | フリガナ                      |                                 | 電話番号      |   |           |   |      |
|   | 受診者住所                     |                                 |           |   |           |   |      |
| 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      | ・全国健康保険協会 支部 ・ 健康保険組合<br>・名張市 ・三重県後期高齢者医療広域連合 ・生活保護 |           |   |      |
|   | 受診者と同一保険の加入者              |                                 |           |   |           |   |      |
|   | 受診者と同一保険の加入者個人番号          |                                 |           |   |           |   |      |
|   | 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  | 該当 ・ 非該当  |           |   |      |
| 身体障害者手帳番号   | 三重県 第 号<br>( 年 月 日交付・再交付) |                                 | 障害名       |   |           |   |      |
| 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)※4  | 医療機関名                     | 所在地・電話番号                        |           |   | 変更(追加)年月日 |   |      |
|   | 病院:                       |                                 |           |   |           |   |      |
|   | 薬局:                       |                                 |           |   |           |   |      |
| 受給者番号(有効期限)※5   | ( 年 月 日)                  |                                 | 特定疾病療養受療証 |   | 有 ・ 無     |   |      |
| <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: right;">平成 年 月 日</p> <p>名張市社会福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (本人) _____ 印 ※6</p> |                           |                                 |           |   |           |   |      |

※1 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○をしてください。

※2 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※3 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 薬局については、院内処方の場合は記入不要です。

※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

※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をお願いします。

----- 同 意 書 -----

平成 年 月 日

名張市社会福祉事務所長 様

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年11月7日法律第123号)の自立支援医療費の支給認定申請にあたり、私及び同一世帯員(同じ医療保険に加入している者)の所得及び課税の状況等認定に必要な事項について名張市社会福祉事務所が調査することに同意します。

氏 名  
( 本 人 ) \_\_\_\_\_ 印