

様式第1号(第3条、第5条、第6条、第7条関係)

| 自立支援医療費(育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更)   |                      |                                 |               |             |     |               | ※1     |  |
|---|----------------------|---------------------------------|---------------|-------------|-----|---------------|--------|--|
| 障がい者・児  | フリガナ                 | -----                           |               | 性別          | 男・女 | 年齢            | 生年月日   |  |
|   | 受診者氏名                |                                 |               |             |     |               | 年 月 日  |  |
|   | 個人番号                 |                                 |               |             |     |               |        |  |
|   | フリガナ                 | 〒                               |               | 電話番号        |     |               |        |  |
| 未<br>満<br>の<br>場<br>合<br><br>受<br>診<br>者<br>が<br>18<br>歳  | フリガナ                 | -----                           |               | 受診者<br>との関係 |     |               |        |  |
|   | 保護者氏名                |                                 |               |             |     |               |        |  |
|   | 個人番号                 |                                 |               | 電話番号<br>※2  |     |               |        |  |
| 負<br>担<br>額<br>に<br>関<br>す<br>る<br>こ<br>と   | 受給者の被保険者<br>証の記号及び番号 |                                 |               | 保険者名        |     |               |        |  |
|   | 受診者と同一保険の<br>加入者(全員) |                                 |               |             |     |               |        |  |
|   | 該当する所得<br>区分 ※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<br>自立支援医療機関<br>(薬局・訪問看護<br>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。<br/>また、この認定にあたり、私及び私の世帯員の市民税課税状況等を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲斐市長 保坂武様</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○をする。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。  
 ※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。(空欄でも可)  
 ※5 再認定または変更の方のみ記入する。  
 ※6 保護者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

市役所記入欄

| 申請受付<br>年月日 | 年 月 日                           | 判定依頼<br>年月日 | 年 月 日       | 認定<br>年月日    | 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<br>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<br>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・             |             | 市町村民税非課税証明書 | 標準負担額減額認定書   |          |
| 前回の受給者番号    |                                 |             | 今回の受給者番号    |              |          |
| 自己負担上限額     | 月額                              | 円           | 有効期限        | 年 月 日～ 年 月 日 |          |

