

様式第17号(第14条関係)

| 自立支援医療（育成医療）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            |                                 |  |               |      |                 |              | 年 月 日    |  |  |  |  |  |  |
|                                  | フリガナ             |                                 |  |               |      |                 | 電話番号         |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 受診者住所            |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 個人番号             |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 受診者が18歳未満の場合                     | フリガナ             |                                 |  |               |      |                 | 受診者との関係      |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 保護者氏名            |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | フリガナ             |                                 |  |               |      |                 | 電話番号<br>※2   |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 保護者住所<br>※2      |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 保護者個人番号                          |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 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 |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
|                                  | 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<br>※3   | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |  |               |      |                 | 重度かつ継続<br>※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                         |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。      |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名 印 ※6                       |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                            |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |
| 岩見沢市福祉事務所長 様                     |                  |                                 |  |               |      |                 |              |          |  |  |  |  |  |  |

※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<br>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      |                                                                         |          |          |       |  |