第２６号様式(第３４条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　育成医療

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 自立支援医療費支給認定申請書 |  |  |  |  |
| 区分※１ | 新規・再認定・変更 |  |
|  |  |  |  |
| 障害児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 　 | Ｈ・Ｒ　　　年　　月　　日 |
| 受診者住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者 | フリガナ | 　 | 受診者との関係 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 住所※２ | 　 | 電話番号※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氏名・個人番号 | （　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　　） |
| 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 | (等級　　　級) | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 　 | 特定疾病療養受療証 | 有・無 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　　年　　　月　　　日　　　(あて先)長崎市長 |

※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　受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3　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　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。

※5　再認定又は変更の方のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 | 　 |