様式第28号(第22条関係)

自立支援医療費(育成医療・更生医療)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	年齢	生年月日						
	受診者氏名						男・女	歳	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 ※2						
	保護者住所 ※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※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									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															
治療方針の変更　※6		有　・　無							診断書の添付 ※6、※7	有　・　無					

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　　㊞　　※8

年　　月　　日

木城町長　　殿

※1 該当する医療の種類及び新規・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。
※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 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいいます。)の方のみ記入してください。
※7 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写)の添付状況に○をしてください。
※8 申請者氏名については、記名押印また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	年　月　日	進達年月日	年　月　日	認定年月日	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			
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規				
備　考					