様式第34号(第18条・第20条関係)

|  |
| --- |
| 自立支援医療費(更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 障害者 | フリガナ受診者氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 　個人番号： | 年　　　月　　　日　 |
| フリガナ受診者住所 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 　 |
| 負担額に関する事項 | 受診者の加入医療保険の記号及び番号 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 受診者と同一保険の加入者 | 　個人番号： | 受給者の属する加入医療保険の記号及び番号 | 　 |
| 該当する所得区分※2 | 生保等・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 | 　 |
| 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 | 電話番号 |
| 　 | 　 |
| 受給者番号　※4 | 　 |
| 　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　　　※5　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　三郷市長　あて |

※1　該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者欄及び変更のある事項のみ記入。

※2　裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3　裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4　再認定又は変更の方のみ記入。

|  |
| --- |
| 　　認定にあたり必要となる収入等の状況について、官公署等に調査確認されることに同意します。　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　※5　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　三郷市長　あて |

※5　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と。