（様式第２２号）（第１５条関係）

飯山市自立支援医療費支給認定申請書（新規・再認定・変更）

年　　月　　日

　　　飯山市長　　　　　あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | | |  |  | |  |  | | | 生　年　月　日 | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | 性別 | 男・女 | | 年齢 | 歳 | | | 平成　 　　年　　 　月　　　日 | | | |
| 居 　住 　地 | 〒  電話　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |
| 障害児の場合 | フリガナ |  | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | 続柄 | | |  | | | |
| 保護者住所  ※２ | 電話※２　　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  |
| 負担額に関する事項 | 障害者・児の被保険者証の記号及び番号 |  | | | | | | 保険者名 | |  |  | | |  | | | |
| 障害者・児と 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 | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| 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　住　所　〒    　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　※６ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※１　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　障害者・児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と。