

様式第13号

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	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名									年	月	日
	受診者住所											
	個人番号	.....	.....	.....	.....	電話番号	()	-			
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											
	保護者住所 ※2											
	保護者個人番号	.....	.....	.....	.....	電話番号	()	-			
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	.....	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				
	障害年金・老齢年金等の受給の有無	無・有 [障害年金・老齢年金・遺族年金・その他の年金 ()]										
	特別障害者手当等受給の有無	無・有 [特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当]										
	身体障害者手帳番号					特定疾病療養受療証の有無		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							
自立支援医療受給者番号 ※5					治療方針の変更		有・無					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※6</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>別府市福祉事務所長 あて</p>												

- ※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○をすること。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
 ※5 再認定又は変更の方のみ記入すること。
 ※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。

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		判定依頼年月日		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
所得確認方法	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					