

自立支援医療費（育成・更生）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						明治 大正 昭和 平成	年	月	日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	リカカ					電話番号			
	受診者住所	盛岡市								
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									
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									
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										
<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>平成 年 月 日</p> <p>盛岡市長 様</p>										

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

自治体記入欄

申請受付年月日		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	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						

記載例

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）								
障害者・児	フリガナ	もりおか はなこ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	7歳	※1 生年月日
	受診者氏名	盛岡 花子		医療を受ける者の名前を書く。		年齢	7歳	明治 大正 昭和 平成 〇〇年 △△月 ××日
受診者が 合算未滿の場	フリガナ	もりおか しんめいちよう		電話番号	019-△△△-□□□□			
	受診者住所	盛岡市神明町〇-△						
受診者が 合算未滿の場	フリガナ	もりおか たろう		受診者との関係	父			
	保護者氏名	盛岡 太郎						
受診者が 合算未滿の場	フリガナ	もりおか しんめいちよう		電話番号 ※2	受診者本人と異なる場合に記入。			
	保護者住所 ※2	盛岡市神明町〇-□			受診者本人と異なる場合に記入。			
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	医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入する。		135790	保険者名	〇〇〇〇組合		医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。
	受診者と同一保険の加入者	医療を受ける方の同一保険に加入している方全ての氏名を記入。		盛岡 太郎、花美、花子				
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	手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。			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				
	治療を受ける指定医療機関名を記載			〇〇付属病院 盛岡市〇〇町△-□ 019-〇〇〇-××××				
受給者番号 ※5	既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。							
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	盛岡 太郎		印 ※6					
平成	年	月	日	※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。				
盛岡市長			様					

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

自治体記入欄

申請受付年月日		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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証 ）
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

自立支援医療（育成医療）意見書

フリガナ		性別	男・女	年齢		平成 年 月 日
受診者氏名					歳	
受診者住所	盛岡市					
病名		発病年月日	平成 年 月 日			
障害の種類 (該当するものに○を付けてください。)	(1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害					
医療の具体的方針 (障害の状況及び程度、また、手術の名称等、治療内容を具体的に記入してください。)						
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算 日間		
		(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)				
	通院治療回数及び期間	回	日間			
		(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)				
		訪問看護予定回数及び期間	回	日間		
		(平成 年 月 日から平成 年 月 日まで)				
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
		通院治療費	円			
		訪問看護等	円			
移送費見込額	円					
医療費及び移送費合計額	円					
治療後における障害の回復状況の見込						
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。						
平成 年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師名						
印						