

| 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             |                                 |  |  |               |      | 年齢              | 歳          | 生 年 月 日  |  |  |  |
|                                                                               | 受診者氏名            |                                 |  |  |               |      |                 |            | 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<br>※2 |          |  |  |  |
|                                                                               | 保護者住所<br>※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     |                                 |  |  |               |      |                 |            |          |  |  |  |
|                                                                               | 受給者と同一保険の加入者個人番号 |                                 |  |  |               |      |                 |            |          |  |  |  |
|                                                                               | 該当する所得区分<br>※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 ※6</p> <p>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、本人が手書きしない場合は、記名押印すること。

----- 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<br>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      |                                                                    |       |          |          |