第２５号様式(第３４条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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  ※２ | |  | | | | | |
| 保護者住所※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 | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | 県・市　　　　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。  　　　　申請者氏名  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　(あて先)長崎市福祉事務所長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1　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○をしてください。

※2　受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5　再認定又は変更の方のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  | 進達年月日 |  | 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 | 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 |  | | | | | |