

| 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               |                                 | 個人番号                                         |              |          |       |
|                                                                                                                                                              | 受診者氏名              |                                 | 年齢                                           | 歳            | 生年月日     | 年 月 日 |
|                                                                                                                                                              | フリガナ               | キタナゴヤシ                          | 電話番号                                         |              | ( ) -    |       |
|                                                                                                                                                              | 受診者住所              | 北名古屋市                           |                                              |              |          |       |
| 受診者が<br>場合18歳未満                                                                                                                                              | 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        |                                 |                                              |              |          |       |
| 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                            | 北名古屋市・後期高齢者医療広域連合・全国健康保険協会 ( ) 支部<br>その他 ( ) |              |          |       |
|                                                                                                                                                              | 受診者と同一保険の加入者       | (※無しの場合は「なし」と記入)                |                                              |              |          |       |
|                                                                                                                                                              | 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<br>※4 | 該当 ・ 非該当 |       |
| 身体障害者手帳番号                                                                                                                                                    |                    |                                 |                                              |              |          |       |
| 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                                     |              |          |       |
|                                                                                                                                                              | 医療機関               |                                 | ( ) -                                        |              |          |       |
|                                                                                                                                                              | 薬局（※無しの場合は「なし」と記入） |                                 | ( ) -                                        |              |          |       |
| 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認定を申請します。</p> <p>また、支給認定に係る利用者負担額算出のため、市民税等に係る公簿（世帯員含む）を閲覧することに同意します。</p> <p>（あて先）北名古屋市長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名<br/>（保護者氏名）</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。

※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。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

|          |                                 |          |          |                 |
|----------|---------------------------------|----------|----------|-----------------|
| 市役所記入欄   | 受給者番号                           |          | 前回の有効期限  | . .             |
| 前回所得区分   | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |          | 申請受付年月日  | . .             |
|          | 重度かつ継続                          | 該当 ・ 非該当 | 進達年月日    | . .             |
| 今回所得区分   | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |          | 認定年月日    | . .             |
|          | 重度かつ継続                          | 該当 ・ 非該当 | 送付先変更の有無 | 無・有（有の場合は以下へ記入） |
| 非課税所得の有無 | 障害年金【 無 ・ 有 （年額 円）】             |          | 住所 〒 -   |                 |
|          | 遺族年金【 無 ・ 有 （年額 円）】             |          |          |                 |
|          | その他 【 （年額 円）】                   |          | 宛名       |                 |
| 受付担当者    |                                 |          |          |                 |