様式第23号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | ケース番号 | | | | |  | |
| 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 | フリガナ  受診者氏名 |  | | 年齢 | | 歳 | | 生年月日 | | |
|  | | 年　月　日 | | |
| フリガナ  受診者住所 |  | | 個人番号 | | | |  | | |
|  | | 電話番号 | | | |  | | |
| 保護者 | フリガナ  保護者氏名 |  | | 個人番号 | | | |  | | |
|  | | 続柄 | | | |  | | |
| フリガナ  保護者住所 |  | | 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 |  | | 個人番号 | | | |  | | |
| 該当する所得区分  ※2 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | 重度かつ継続※3 | | | | | 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 | | | | | | | |
| 病院名 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | |
| 薬局名 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | |
| 訪問看護事業者 | 郵便番号  電話番号 | | | | | | | |
| 受給者番号　※4 | |  | | | | | | | | |
| 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)川口市社会福祉事務所長 | | | | | | | | | | |

※1　新規・再認定・変更のいずれかに○を付けてください。変更の場合は、障害者欄及び変更のある事項のみ記入してください

※2　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

※4　再認定又は変更の方のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ここから下の欄は記入しないで下さい。 |  |
|  |  |

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | |