様式第１９号（第１８条、第２０条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※１ | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 年齢 | 歳 | | 生年月日 | |
| 受診者氏名 |  | | | | | 年　　月　　日 | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 受診者住所 | （〒　　　　　） | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | 電話番号 | | |  | | |
| フリガナ |  | | | | 受診者との関係 | | |  | | |
| 保護者氏名 |  | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 保護者住所※２ | （〒　　　　　） | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | | | | 電話番号※２ | | | |  | |
| 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  加入者及び  加入者個人番号 | 別添提出の自立支援医療（育成）「世帯」調書のとおり。 | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  　　　　　年　　月　　日  　（宛先）さいたま市保健所長  　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　※６ | | | | | | | | | | |

※１　新規・再認定・変更（自己負担上限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　裏面の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　裏面の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　再認定又は変更の方のみ記入。

※６　申請者氏名については自署又は記名押印。

※課税状況確認同意欄

　自立支援医療（育成医療）支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について、税務担当部署へ照会・確認することに同意します。また、このことは私の世帯員の同意を得ています。

　　　　　年　　月　　日

(宛先)さいたま市保健所長 申請者　 住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　※６

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 |
| 前回の受給者番号 |  | | 今回の受給者番号 | |  | | |
| 備考 |  | | | | | | |