様式第16号(第19条、第21条関係)

自立支援医療費(更生)支給認定(変更認定)申請書

　(申請先)土浦市福祉事務所長

　次のとおり自立支援医療費の支給認定(変更認定)を申請します。

　申請者氏名　　　　　　　　　　印　※1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | 歳 | | 生年月日 | |
| 受診者氏名 |  | | |  | |
| フリガナ |  | | | 電話番号 | |  | |
| 受診者住所 |  | | |
| 受診者が歳未満の場合 | 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 |  | | |
| 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 |  | 受診者の属する被保険者証の記号及び番号 | | |  | | |
| 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※3 | | 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　※4 | |  | | | | | | |

　※1　申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかでお願いします。

　※2　受診者本人と異なる場合に記入してください。

　※3　裏面を参照し、該当すると思う部分に○をしてください。

　※4　変更の方のみ記入してください。

注　変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

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