様式第17号（第21条，第24条関係）

自立支援医療費支給申請書（新規・再認定・変更）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | | 性別 | | | 年齢 | | | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | | | 男・女 | | | 歳 | | | 年　月　日 |
| 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 | | |  |
| 保護者住所 |  | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分 | 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 | |
| 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 | |  | | | | | | | | | |
| 上記のとおり，自立支援医療費の支給を申請します。  　なお，申請に当たり，私の世帯の住民登録資料，税務資料その他について，各関係機関に調査，照会，閲覧することを □ 承諾します。  　　　　　　　　　　 □ 承諾しません。　※いずれかにチェックを入れてください。  　　申請者氏名  　　　　　　年　　月　　日  水戸市長　様 | | | | | | | | | | | |

　市町村記入欄

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