様式第１号（第５条の２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）**　　　　 |
| 受　診　者 | フリガナ | 　 | 年　齢 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 | 　 |  |  |
| フリガナ | 　 | 電　話　番　号 |
| 住　所 |  | 　 |
|  | 個人番号 |

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

 |
| 保　護　者 | フリガナ | 　 | 受診者との関係 | 父 ・ 母 ・ その他（　　） |
| 氏　名 | 　 |
| フリガナ | 　 | 電　話　番　号 |
| 住　所　※１ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 |
| 個人番号 |

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

 |
| 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 者番 号 | 　 |
| 受診者と同一保険の加入者 | 　 |
| 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※２ | 該当・非該当 |
| 保護者の収入 ※３ | 給与収入・障害年金等・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当・退職所得 |
| 身体障害者手帳の有無 | 無　・　有（番号：　　　 　） | 特定疾病療養受領証 | 無　・　有 |
| 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 | 　 |
| 　　　年　　　月　　　日熊本市長　（宛）私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。私の属する世帯の課税状況、保険情報及び身体障害者手帳の有無について、番号法の規定に基づいて課税台帳等、住民基本台帳等、身体障害者手帳台帳により確認されることを承諾します。また、上記の自立支援医療機関に対して、認定の可否を通知することを承諾します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| ※１　受診者本人と異なる場合に記入。※２　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。※３　該当する収入があれば○をつけてください。※４　再認定または変更の方のみ記入。 |
| ※この申請に係る個人情報につきましては、プライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的では一切使用されることはありません。 |
| ここから下の欄には記入しないでください。保健こども課記入欄 |
| 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 | 　個人番号・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（　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 受付番号 | 進達年月日 | 所管区役所 |
|  |  |  | **中央・東・西・南・北** |
| 個人番号関係 | 身元確認(本人・代理人)：未・済 | 個人番号カード・運転免許書・その他(　　　　　) |
| 個人番号確認　　　　　：未・済 | 個人番号カード・通知カード |