第23号様式(第13条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 戸田市自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)　※1 | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ |  | | 生年月日 | | | | 年齢 |
| 受診者氏名 | 個人番号： | | 年　　月　　日 | | | | 歳 |
| 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 |  | | 受診者との続柄 | |  | | |
| 保護者氏名 | 個人番号： | |
| 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 | 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 | |
| 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 | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 受給者番号　※3 | |  | | | | | | |
| 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)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名(署名又は記名押印)  　　戸田市長 | | | | | | | | |

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・変更(自己負担限度額・指定医療機関の変更認定申請の場合)のいずれかに○をする。

※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　再認定又は変更の方のみ記入をする。

|  |
| --- |
| 同意書  　自立支援医療費の支給認定に当たり必要があるときは、私及び私の世帯員(以下「私達」という。)の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。  　また、照会をするに当たり、関係する担当課その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。  　　　　　　年　　月　　日  　(宛先)　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名(署名又は記名押印)  　　戸田市長 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ここから下の欄には記入しないでください。 |  |
| 戸田市記入欄 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 備考 |  | | | | |