第２６号様式(第３４条関係)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　育成医療

携帯電話等、日中に連絡可能な電話番号を記入

受診者の被保険者証の記号及び番号を記入

複数申請する場合は、全て記入

受診者が加入している保険者名を記入

個人番号カード・通知カード等の個人番号を記入

個人番号カード・通知カード等の個人番号を記入

別添チェックシートを参考に記入

手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入

特定疾病療養受療証の有無を記入

該当すると思われる区分を記入

手帳をお持ちの方はその手帳番号と等級を記入

受診者本人と異なる場合に記入

受診者本人と異なる場合に記入

医療を受ける者の名前を記入

申請の内容に〇をつける

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 自立支援医療費支給認定申請書 | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  |
| 区分  ※１ | | | | 新規・再認定・変更 | | | | | |  |
|  | |  | | | |  | | | |  |
| 障害児 | フリガナ | *ナガサキ　ハナコ* | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | 年齢 | | | ○歳 | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | *長崎　花子* | | | | | | Ｈ・Ｒ　○○年△△月××日 | | | | | | | | | |
| 受診者住所 | *長崎市○○町△△番××号* | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | ０９５－○○○－△△△△  ０８０－××××－□□□□ | | | | | | | | | |
| 個人番号 | １ | | ２ | ３ | ４ | | | ５ | | | ６ | | | ７ | | ８ | | | | ９ | | ０ | | １ | | ２ | |
| 保護者 | フリガナ | *ナガサキ　ハナオ* | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | *父* | | | | | | | | | |
| 氏名 | *長崎　花男* | | | | | | | | | | | | | |
| 住所※２ | *長崎市△△町××番地* | | | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※２ | | | ０９５－△△△－××××  ０９０－○○○○－△△△△ | | | | | | | | | |
| 保護者個人番号 | ２ | | ３ | ４ | ５ | | | ６ | | | ７ | | | ８ | | ９ | | | | ０ | | １ | | ２ | | ３ | |
| 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 | １２３　　４５６７８ | | | | | | | | 保険者名 | | | | *○○○○組合* | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者氏名・  個人番号 | *長崎　花男*  （　234567890123　　） | | | | *長崎　花美*  （　345678901234　） | | | | | | | | | （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | （　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 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 | | 123456789(等級1級) | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | 987654321 | | | | | 特定疾病療養受療証 | | | | | | | 有・無 | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| *○○○○病院*  *□□□□薬局*  *△△△△事務所* | | | | | | | | | | | | *長崎市○○町△△番××号　095-000-0000*  *長崎市△△町××番○○号　095-000-0000*  *長崎市××町○○番△△号　095-000-0000* | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号※５ | | 〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する  　　　　申請者氏名　　　*長崎　花男*  　　　　　　　令和　○○　年　△△　月　××　日  　　　(あて先)長崎市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※1　新規・再認定・変更(自己負担限度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○をしてください。

※2　受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5　再認定又は変更の方のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | |
| 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(　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 前回の受給者番号 |  | | 今回の受給者番号 |  | | |
| 備考 |  | | | | | |