|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **様式第２７号（第１７条関係）** | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | **伊達市** | | |
| 自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書 （新規・再認定・変更）　※１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者 | フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | 年齢 | | | | | | | 歳 | | | 生　年　月　日 | | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | 明治・大正・昭和・平成  年　　　月　　　日 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 郵便番号　　　　　　　　　受診者住所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | 第　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | 精神障害者手帳保健福祉　手帳番号 | | | | | | | | | | | | 第　　　　　　　　　　　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　※２ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 私は、上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 自立支援医療費（更生医療）支給申請の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者氏名 |  | | | | | | | | | | | | 印 | ※３ | | | | | | | |  | | | |  | |  | | | | |
|  |  | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | |
|  |  | 伊　達　市　長 | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | |
| ※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○をする。  ※２　再認定または変更の方のみ記入。  ※３　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | 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 | |  | | | 判定依頼年月日 | | | | | |  | | | | | | | 認定年月日 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |