|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |