第15号様式(第10条、第11条関係)

　自立支援医療費（育成医療）支給認定(変更認定)申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人 | フリガナ |  | | |  | | | | 性 別 | | | | | | 年 齢 | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | （姓） | | | （名） | | | | 男　・　女 | | | | | | 歳 | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | |  | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | （姓） | | | （名） | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 父・母・その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  ※１ |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 電　話　番　号　　※１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者の被保険者証の  記号および番号 | | | | 記号 | |  | 番号 | | |  | | | | | | | | 保険者  番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者と同一保険の  加入者氏名および個人番号 | | | | 氏名 | |  | | | | | | 個人番号 | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | 個人番号 | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | 個人番号 | | | | | | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | 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　※３ | | | | | | | | | | | 該当 ・ 非該当 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 税情報取得の同意欄 | | | | 私は、練馬区が税情報を取得することについて　　□同意します。□同意しません | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５３条第１項の規定により上記のとおり、  自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。  　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※５  練馬区長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  ※４　再認定の方のみ記入する。  ※５　申請者氏名については、記名押印また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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職員記入欄　　　　**本人確認済　□** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | 区市町村民税課税証明書　　　区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（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病コード | | |  | | | | | 補装具 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | 新規　・　継続 | | | | | | | | | |
| 前回認定期間 | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | 入 院 | | | | | 日 | | | | | | | 通 院 | | | | | | | | | | | | | | 回　　　　日 | | | | | | | | |
| 初回交付日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 受給者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交 付 日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 認定期間 | | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |