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 |