様式第１４号（第１４条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 塩尻市自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | ﾌﾘｶﾞﾅ  受診者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 年　齢 | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  受診者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | 歳 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | ﾌﾘｶﾞﾅ  保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 受診者との  関　　　係 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 保護者個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 該当する  所得区分 | | 生保　・　低１　・　低２　・　中間　・  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 | |  | | | | | | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）塩尻市長  私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。  申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）受給者番号は、再認定又は変更の場合のみ記入してください。

（注）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。