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。