別記第26号様式(第18条第1項関係)

|  |
| --- |
| 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 |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 大正昭和平成 | 年　　月　　日　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者住所 | 　 | 電話番号 |  |
| 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　　　　　※2 | 氏　名 | 受診者との関係 | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 該当する所得区分※3 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 | 重度かつ継続 ※4 | 該当　・　非該当 |
| 身体障害者手帳番号 | 　 | 受給者番号　※5 | 　 |
| 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 |
| 　 | 　 |
| 　私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　豊島区長　 |

**同　意　書**□ 自己負担額決定のため、私及び私の世帯（自立支援医療における世帯）の税務情報を公簿により調査することに

同意します。

※1　該当する医療の種類及び新規・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　受診者と世帯（住民基本台帳上）が異なる場合は、個人番号を記入する。

※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5　再認定または変更の方のみ記入。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | □ 身体障害者手帳　　　　□ 給付要否意見書(概略書)　　□ 見積り明細書　　□ 健康保険証□ 同意書兼収入申告書　　□ 課税(非課税)証明書〈歯科矯正の場合〉□ 見積り明細書別紙「そしゃく機能障害者に対する歯科矯正」 〈心臓手術の場合〉□ 心電図　　□ 診断書 |
| 指定医療機関 | □ 該当 | 次回受診予定日 | 年　　　月　　　日　　 |
| 手帳交付日/転入日 | 年　　　月　　　日 　交付 ・ 転入 | 有効期間開始日 | 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 |
| 送付方法 | 障害福祉課封筒 ・ 豊島区封筒 ・ 窓口(郵送不可) | 受　付 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 均等割額 | 所得割額 | 生・低１・低２中間１・中間２一定以上 | 年少扶養控除等 | 住宅借入金等特別税額控除 | 寄付金税額控除 | 確認印 |
| 世帯員 |  |  | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |  |