

別記様式第1号（第5条関係）

障害者自立支援医療特別対策費支給事業認定申請書

（新規 ・ 再認定 ・ 変更（負担上限額変更））

年 月 日

福知山市長 様

私は、次のとおり障害者自立支援医療特別対策費の支給を申請します。

フリガナ 受給者氏名 (申請者)				年 月 日生まれ		
				個人番号		
	⑩ (記名押印又は自筆による署名)					
受給者住所	〒 ー					
負担に関する事項	受診者の保険証の記号及び番号	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)		保険者名	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)	
	受診者と同一保険の加入者の氏名及び個人番号	(この欄は、保険証のコピー（加入者全員の氏名を確認できるようなコピーしたもの）を添付する場合は記入不要です。)				
		氏名	個人番号	氏名	個人番号	
	所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上 (所得の区分に関するチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。(わからない場合は、記入不要です。))				
身体障害者手帳番号	(この申請書にコピーを添付する場合は記入不要です。)					
受診を希望する医療機関	名 称			所在地		
	医療機関					
	追加の医療機関 (該当する追加理由に○をしてください) ・ 検査 ・ その他 () (複数ある場合は、それぞれに追加理由がわかるようにきさいしてください。)					
	薬局 (院外処方せんで利用する場合のみ)					
受給者番号	(再認定または、変更の方のみ記入してください。)					

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、障害者自立支援医療特別対策費支給事業に係る事務に利用します。

ここから下には、記入しないでください。

(市町村記入欄)

申請受付年月日			
前回所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上		
今回所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上		
所得確認			
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			