

## 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 ・ 児	フリガナ								年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名										明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	フリガナ								電話番号						
受診者住所															
個人番号															
受 診 者 が 場 合 1 8 歳 未 満 の	フリガナ								受診者と の関係						
	保護者氏名														
	フリガナ								電話番号 ※2						
保護者住所 ※2															
保護者個人番号															
負 担 額 に 關 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														
	受信者と同一保険の加入者 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								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 ※5															

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

印 ※6

年 月 日

(あて先) 津 市 長

※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 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 裏面チェックシート「1」～「4」を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 裏面チェックシート「5」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。

※6 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。

-----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

申請受付年月日	令和 年 月 日	進達年月日	平成 年 月 日	認定年月日	令和 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	個人番号	市町民税課税証明書	市町民税非課税証明書	標準負担額減額認定証	
	生活保護受給世帯の証明書	市民税等調査同意書による確認	その他収入等を証明する書類( )		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					