

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18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 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							
	受償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								
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名<span style="float:right">印 ※6</span></p> <p>年 月 日</p> <p>（あて先） 津 市 長</p>								

※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					