

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ						性別	年齢	生年月日			
	受診者氏名						男・女	歳	年 月 日			
	フリガナ						電話番号					
	受診者住所											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係					
	保護者氏名							電話番号 ※2				
	フリガナ											
	保護者住所 ※2											
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											
	受診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	医療機関名					所在地・電話番号						
受給者番号 ※5												
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無					診断書の添付 ※6、※7	有 ・ 無					
<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 style="text-align: center;">志 免 町 長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <span style="float: right;">印</span> ※8</p>												

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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 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 再認定又は変更の方のみ記入。

※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。

※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。

※8 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		進達年月日		認定年月日	
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 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 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		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規				
備考					

