

自立支援医療費（育成医療・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					生 年 月 日			
	受診者氏名					年 月 日			
	フリガナ				電話番号				
	受診者住所								
	個人番号								
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								
	フリガナ				電話番号※2				
	保護者住所※2								
	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および番号				保険者名				
	受診者と同一保険の加入者								
	個人番号								
	該当する所得区分	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		
身体障害者手帳番号									
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				
	<医療機関名>				<医療機関住所>				
	<薬局名>				<薬局住所>				
	<訪問看護事業所>				<訪問看護事業所住所>				
受給者番号※3									
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（続柄：） 年 月 日 廿日市市長 様									

※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 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

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	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 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					

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。