

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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	(個人番号)						明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	フリガナ 受診者住所					電話番号		
受診者が 場合18 歳未満	フリガナ 保護者氏名					受診者との 関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※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							
	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				変更の 理由 ※6				
<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 _____ 印 ※7</p> <p>令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>高森町長 殿</p>								

- ※1 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 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 変更申請する場合のみ記入。
- ※7 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		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 同意書 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	
備考			