

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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○をしてください。

受診者	フリガナ							年齢	生年月日						
	氏名														
	住所	〒						電話番号							
個人番号															
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者番号					保険種別				
						保険者名									
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号									
該当する所得区分							重度かつ継続								
身体障害者手帳番号					受給者番号										
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										
備考															
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 年 月 日															

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入してください。

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入してください。

※ 「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します。

-----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				重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分				重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明 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			
備考					