

自立支援医療費（育成・更生）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	男・女	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							電話番号		
	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		
	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（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								
治療方針の変更	※6 有 ・ 無			診断書の添付			※7 有 ・ 無			
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 印 ※8 平成 年 月 日 中央市福祉事務所長 殿										

- ※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 再認定また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。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※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。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※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						