

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）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									大正 昭和 平成 令和	年	月
	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												
	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 ※6、※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												
令和 年 月 日												
大竹市長 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											