

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	年齢	生年月日			
	受診者氏名									男・女	歳	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														
	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

年 月 日

大竹市長 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 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年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。

※ 7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をしてください。

※ 8 申請者氏名については、記名押印また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	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	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	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						