

自立支援医療費(更生・育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更)														
※1														
障害者・児	フリガナ					年齢	歳	生 年 月 日						
	受診者氏名							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								
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		県 第 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						
<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 style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">能美市福祉事務所長 　　あて</p>														

- ※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 再認定又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。  
 ※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。

----- 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					