

自立支援医療費(更生医療・育成医療)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				
未 満 の 場 合 受 診 者 が 18 歳	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	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	
身体障害者手帳番号					
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※3					
<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>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)白井市長</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 再認定又は変更の方のみ記入

----- 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			
備考					