

自立支援医療費(育成医療 更生医療)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	生年月日	
	受診者氏名	個人番号:		歳	年月日	
	フリガナ			電話番号		
受診者が18歳未満の場合	受診者住所			電話番号		
	フリガナ			受診者との関係		
	保護者氏名	個人番号:		電話番号	※2	
負担額に関する事項	フリガナ			電話番号	※2	
	保護者住所	※2				
	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	個人番号:				
	保護者の障害年金、遺族年金等の受給の有無	無・有(障害年金(級)・遺族年金)				
保護者の特別扶養手当等受給の有無	無・有 (特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当)					
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		特例	重度かつ継続 ※4	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 ※5						
<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>北谷町長様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印 ※6</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 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。

-----ここから下の欄は記入しないで下さい。-----

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					