

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					年齢	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名	個人番号：						年 月 日	
	フリガナ					電話番号			
	受診者住所								
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								
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								
	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									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、支給申請に伴い、所得状況及び課税状況を確認することに同意します。 申請者氏名 令和 年 月 日 せたな町長 河 原 泰 平 様									

※1 該当する医療の種類及び新規・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。

----- 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		
i	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	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									