

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			歳	生年月日		
	受診者氏名	個人番号：			明治 大正 昭和 平成	年	月
	フリガナ			電話番号			
受診者住所							
受診者が 場合18 歳未満の	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							
<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。 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。</p> <p>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>せたな町長 高橋 貞光 様</p>							

- ※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
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	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					