

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 受診者氏名	年齢 歳		生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	個人番号：		電話番号		
受診者が 場1 8歳未満の 場合	フリガナ 保護者氏名	受診者との 関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2	電話番号 ※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 印 ※6						
年 月 日						
せたな町長 高橋 貞光 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。
- ※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と。

----- 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						