

自立支援医療費（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				生年月日	
	受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
	フリガナ				電話番号	- -
	受診者住所				電話番号	- -
	個人番号					
未 満 の 場 合	フリガナ				受診者との関係	
	保護者氏名				電話番号	
	フリガナ				電話番号	
	保護者住所				電話番号	
	保護者個人番号					
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の保険証の記号及び番号				保険者名	
	受診者と同一保険の加入者氏名					
	個人番号	()	()	()	()	()
	所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※2	該当・非該当
受診を希望する 指定自立支援 医療機関		医療機関名			所在地・電話番号	
	医療機関					
	薬局					
	受給者証番号 ※3					
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
申請者氏名		印 ※4				
平成 年 月 日		長与町長 様				

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。

※2 該当すると思う区分に○をする。

※3 再認定または変更の方のみ記入。

※4 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
所得確認方法	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					