

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	- -
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					
	保護者住所					
負担額に関する事項	個人番号					
	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					