

記入見本

費（更生・育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者氏名		コウロウ ハナコ		年齢	〇〇歳	生年月日		明治昭和 大正平成 令和 〇〇年 △△月 ××日									
障害者・児	フリガナ	厚労 花子				電話番号		025-△△△-□□□□									
	受診者住所	十日町市〇-△-×				個人番号		〇 〇 〇 〇 △ △ △ △ × × × ×									
	個人番号	〇 〇 〇 〇 △ △ △ △ × × × ×				受診者との関係											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	保護者氏名				保護者住所 ※2		保護者個人番号									
	フリガナ	保護者住所 ※2				受診者の被保険者証の記号及び番号		135790 123									
	保護者住所 ※2	保護者個人番号				保険者名		〇〇〇〇組合									
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	135790 123				氏名		個人番号									
	受診者と同一保険の加入者	氏名		厚労 花男		〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×
		氏名		厚労 花美		〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間・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	123456789				精神障害者保健福祉手帳番号		987654321										
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												
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局				新潟市新光町〇〇〇 025-〇〇〇-××××× 新潟市新光町□□□ 025-□□□-×××××												
受給者番号 ※5	受診を希望する指定医療機関の記入をお願いします。																
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 厚労 花子 令和 〇〇年 △△月 ××日 新潟県十日町市長 殿																	
障害・遺族年金等 (有・無) 障害・遺族年金等の有無の記入をお願いします																	

- ※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）のいずれかに〇をする。
- ※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〇をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- ※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・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・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	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	備号				今回の受給者番号					