

自立支援医療費（更生・育成）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 明治 大正 令和 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所							電話番号			
	個人番号										
受診者が18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			
	保護者個人番号										
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	氏名		個人番号							
	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					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。 障害・遺族年金等（ 有 ・ 無 ） 申請者氏名 年 月 日 新潟県十日町市長 殿											

※ 1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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 ・ 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				今回の受給者番号				
備 考								