

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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						年	月	日
	フリガナ		電話番号						
受診者が場十八歳未満	受診者住所		電話番号						
	個人番号								
	フリガナ		受診者との関係						
負担額に関する事項	保護者氏名		電話番号		※2				
	保護者住所								
	個人番号								
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								
	個人番号								
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							
治療方針の変更		※6		有 ・ 無		診断書の添付		※6 ※7	
				有 ・ 無					
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			※8			
令和			年			月			
						日			
深川市長			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 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。
- ※8 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下さい。 -----

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		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規				
備考					