

自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)						
障害者・児	フリガナ			年齢	歳	※1 生年月日
	受診者氏名					年 月 日
	フリガナ			郵便番号		
	受診者住所			電話番号		
受診者が 未 満 の 場 合 1 8 歳	フリガナ			受診者との 関係		
	フリガナ 保護者氏名			電話番号 ※2		
	フリガナ 保護者住所 ※2					
負担額に 関 する 事 項	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					
	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	
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		
				〒 電話番号		
受給者番号 ※5						
医療方針の変更 ※6	有 ・ 無		診断書の添付 ※6、※7	有 ・ 無		
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 ※8</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 小林市福祉事務所長 様</p>						

- ※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 該当すると思う区分に○をする。
- ※4 該当すると思う区分に○をする。該当の場合のみ、証明書類(医師の意見書や医療保険多数該当を確認する書類等)が必要となる。
- ※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		
診断書の提出			
備考			