

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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名						大正 昭和 平成	年
	フリガナ		個人番号					
	受診者住所		電話番号					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係					
	保護者氏名							
	フリガナ		電話番号 ※2					
	保護者住所 ※2							
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							
	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・訪問看護事業所を含む)	医療機関名				所在地・電話番号			
受給者番号 ※5								
<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>申請者氏名 印 ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>岐阜県更生相談所長 殿 八百津町長</p>								

- ※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。
- ※6 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にすること。

----- 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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類()		標準負担額減額認定書
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					