

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ 受診者氏名	年齢 歳		生年月日 年 月 日
	受診者住所	個人番号：	電話番号	
未 満 の 場 合 （ 受 診 者 が 1 8 歳 ）	フリガナ 保護者氏名	受診者との続柄		
	保護者住所※2	個人番号：	電話番号 ※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	個人番号：	個人番号：	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	
	(病院・診療所)		( )	
	(薬局)		( )	
(訪問看護事業者)		( )		
受給者番号※5				
私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。				市町村受付印
申請者氏名				
年 月 日				
(宛先) 紀の川市福祉事務所長				

- ※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 再認定または更新の方のみ記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

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			
備考					

