

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													
障害者・児	フリガナ								年齢	生年月日			
	受診者氏名								歳	年 月 日			
	フリガナ												
	受診者住所												
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												
	保護者住所												
	保護者個人番号										電話番号		
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:				
		氏名							個人番号:				
		氏名							個人番号:				
		氏名							個人番号:				
		氏名							個人番号:				
該当する所得区分	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				
身体障害者手帳番号及び障害等級													
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※2													
治療方針の変更※2	有・無				意見書の添付				有・無				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療・更生医療)の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">小美玉市長 様</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 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。 -----
 ※小美玉市記入欄

申請受付年月日				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		
所得確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市町村住民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 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							