

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

受診者	フリガナ						年齢	歳	生年月日		
	氏名										
	住所	〒 -					電話番号				
	個人番号 (マイナンバー)										
受診者が 場1台8歳	フリガナ						受診者 との関係				
	保護者氏名							電話番号 ※2			
	保護者住所 ※2	〒 -									
	保護者個人番号										
医療保険に 関する事項	保険の種類 (該当に○)	健保・協会けんぽ・国保・退職国保・国保組合・後期高齢・共済・生活保護(管轄)・無保険									
	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		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			
<p>私は上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 ※8</p> <p>年 月 日</p> <p>紀美野町長 殿</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 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。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※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。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 受診者が18未満の場合、申請者は保護者となります。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市町村記入欄

申請受付年月日				到達年月日				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	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（同意書		）						
前回の受給者番号				前回の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
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											