

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） ※1

受診者	フリガナ 氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 住所							電話番号				
	個人番号											
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ								続柄			
	氏名											
	フリガナ 住所											
	個人番号											
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											
	受診者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続 ※3		該当 ・ 非該当			
身体障害者手帳	都道府県 第 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 ※4												
<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 ※5 (保護者氏名)</p> <p>年 月 日</p> <p>大府市社会福祉事務所長 様</p>												

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 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					