

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所					電話番号		
	個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 <sup>2</sup>					電話番号 <sup>2</sup>		
	保護者個人番号							
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 <sup>3</sup>	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続 <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>								
治療方針の変更 <sup>6</sup>	有・無		診断書の添付 <sup>6、7</sup>		有・無			
<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 _____</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>美里町長 _____ 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 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
所得確認方法	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		
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						