

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

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受給者氏名						大正 昭和 平成	年 月 日
受給者が 場18 歳未満の	フリガナ		電話番号	受給者との関係				
	受給者住所	〒 -						
受給者が 場18 歳未満の	フリガナ		電話番号	受給者との関係				
	保護者住所 ※2	〒 -						
負担額に 関する 事項	受給者の被保険者証 の記号及び番号		保険者名					
	受給者と同一保険 の加入者							
	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								
受診を希望する指定自 立支援医療機関（薬局 を含む）	医療機関等名称			所在地・電話番号				
受給者番号 ※5								
<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>稲沢市社会福祉事務所長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名</p>								

- ※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。-----

市町村記入欄

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	市民税情報 市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書 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					