

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）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ							年齢	生年月日				
	氏名							歳	年月日				
	住所							電話番号					
	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				保険者番号				保険種別				
					保険者名								
	受診者と同一保険の加入者	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				受給者番号									
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								
備考													
私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。							(宛先) 東温市長						
申請者氏名							年月日						

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。

※ 「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			
備考							