

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					