

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

障がい者・児	フリガナ 受診者氏名	性別	年齢	歳	生年月日	
					年月日	
	フリガナ 受診者住所	電話番号				
	個人番号					
未 満 の 場 合 18 歳	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	電話番号				
	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 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
身体障がい者 手帳番号	第 号	精神障がい者保 健福祉手帳番号	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 5	治療方針の変更 6		有・無	診断書の添付 6, 7	有・無	
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 6</p> <p>年 月 日 泉大津市社会福祉事務所長 殿</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。
- 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。 -----

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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定書
前回の 受給者番号					
診断書の提出 備考	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				