

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※該当する申請のいずれかに○をする。

障 害 者 ・ 児	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	受診者氏名		男・女	歳	年	月 日
	フリガナ					
	受診者住所	〒				
受診者が18歳未満の場合	個人番号					電話番号
	フリガナ					受診者との関係
	保護者氏名					
	フリガナ					
保護者住所	〒					
保護者個人番号						電話番号
受診者の被保険者証の記号及び番号	記号			番号		受診者と同一保険の加入者
受診者と同一保険加入者の個人番号						氏名
						氏名
						氏名
						氏名
						氏名
保険者名及び保険の種類 ※保険種別は該当するものを○で囲むこと	保険者名			健保（協会本人・協会家族・健康組合本人・健康組合家族）、各種共済組合（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族）、船員保険（本人・家族）、後期高齢者 生保（受給中・申請中・福祉事務所名） 労災、その他（）		
該当する所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
				所得区分が中間1以上の場合 重度かつ継続の判定		該当・非該当
自立支援医療受給者番号						既存の受給者証の有効期限 年 月 日
身体障害者手帳番号	都道府県 第 号			既存の受給者証の有効期限の変更 年 月 日		
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関等名称				所在地・電話番号	
病院・診療所						
薬局						
訪問看護事業者						
その他の医療機関等						
	種類	1. 検査のための医療機関追加 2. 主治医の指示 3. その他（） ※ 診断書備考欄に理由の記載があること。記載がない場合は紹介状等の写しを添付すること。				
私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給を申請します。 年 月 日						
申請者名			④ ※ 申請者は原則受診者であるが受診者が18歳未満の場合は保護者を申請者とする。記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。			
銚田市長 殿						

福祉事務所 記入欄

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	受付年月日
所得確認書類	個人番号 標準負担額減額認定証		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（課税画面確認・その他）				
備考									

公簿確認同意書

自立支援医療(更生医療・育成医療)支給認定の申請にあたり、支給決定に必要なときは、私及び私の家族の住民税、所得税の課税状況等について、貴市職員が公簿についての確認又は公的証明書の発行を受けることに同意します。

年 月 日

住所

氏名

⑩

銚田市福祉事務所長 殿