

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）※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別 男・女	年齢	歳	生 年 月 日	
	個人番号					年 月 日	
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係	
	個人番号						
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2	
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				受診者の属する 保険者証の 記号及び番号		
	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
身体障害者手帳 番号		第 号		精神障害者保健 福祉手帳番号			
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		
	病院・診療所				(- -)		
	薬局				(- -)		
	訪問看護事業				(- -)		
受給者番号 ※5							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 印 ※6 年 月 日 茂原市長 市原 淳 あて							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面を参照し、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 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。

自治体記入欄

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 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 ()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					