

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日								
	受診者氏名						明治 大正 昭和 平成	年	月	日					
	フリガナ		電話番号												
	受診者住所														
個人番号															
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係												
	保護者氏名														
	フリガナ		電話番号 ※2												
	保護者住所 ※2														
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	・
身体障害者手帳 番号					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									
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							
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 ※8															
平成 年 月 日															
宇陀市福祉事務所長 殿															

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
 ※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。

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									
診断書の提出	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														
備 考															