

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	年齢	※1 生 年 月 日	
	受診者氏名	個人番号:				
	受診者住所	東神楽町			電話番号	
受診者が 未 満 の 場 合 1 8 歳	フリガナ		受診者との 関係			
	保護者氏名					
	保護者住所 ※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	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		
	変更日 年 月 日					
受給者番号 ※5						
<p>東神楽町長 様</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 印 ※6</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 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						