

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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。

受 診 者	フリガナ							年 齢	生 年 月 日													
	氏 名							歳	年 月 日													
	住 所	〒						電 話 番 号														
	個 人 番 号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>																				
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保 険 者 番 号			保 険 種 別																
			保 険 者 名																			
	受診者と同一保険の加入者		氏 名			個 人 番 号																
該当する所得区分								重 度 かつ 継 続														
身 体 障 害 者 手 帳 番 号				受 給 者 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																	
備 考																						
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						年 月 日																
つくばみらい市長 殿																						

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「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 市町村民税課非税証明書 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		
備 考					