

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
		フリガナ					電話番号		
	受診者住所								
受診者が 場合18歳未満の	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								
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								
	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				高額治療継続 ※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				
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									
平成 年 月 日									
新冠町長 小 竹 國 昭 殿									

※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			高額治療継続	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			高額治療継続	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		
備 考					