

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 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所				電話番号		
受診者が 場合18歳未満の	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
	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						
	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							
<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>申請者氏名 ※6</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>新冠町長 鳴海 修司 印</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	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			

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	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	7歳	生年月日		
	受診者氏名	厚労 花子						明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××日	
受診者が 場合18歳未満の	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセキ				電話番号	03-△△△△-□□□□			
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
受診者が 場合18歳未満の	フリガナ	コウロウ ハナオ		受診者との関係	父					
	保護者氏名	厚労 花男								
受診者が 場合18歳未満の	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセキ				電話番号 ※2	03-△△△△-□□□□			
	保護者住所 ※2	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×								
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	135790			保険者名	〇〇〇〇組合				
	受診者と同一保険 の加入者	厚労 花男、厚労 花美								
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・ <input checked="" type="radio"/> 中間1・中間2・一定以上				重度かつ 継続 ※4	<input checked="" type="radio"/> 該当・非該当			
身体障害者手帳 番号	123456789			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					
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所				東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 03-〇〇〇〇-×××× 東京都千代田区霞ヶ関□□□ 03-□□□□-×××× 東京都千代田区霞ヶ関△△△ 03-△△△△-××××					
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 厚労 花男 印 ※6										
平成 〇〇年 △△月 ××日										
〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 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			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		
備考						