

自立支援医療費（更生）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						年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所						電話番号				
	個人番号										
受診者が18歳未満の場合	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				
	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										
	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			
	受給者の障害年金等の受給の有・無	障害年金等年金・手当（特別扶養児童手当・特別障害者手当等）の種類				級	金額				
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					
	<input type="checkbox"/> 病院										
<input type="checkbox"/> 薬局											
特定疾病療養受療証											
受給者番号 ※5											
治療方針の変更	有 ・ 無				診断書の添付	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 ※6						
令和 年 月 日											
柳川市福祉事務所長					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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証		
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考	委任状 有り ・ 無し				