

自立支援医療費（育成医療・更生医療）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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | 美瑛町長 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 | | | | | | | | | |