

様式第1号(第3条、第5条関係)

自立支援医療費(更生医療)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						年 月 日											
	フリガナ						個人番号											
	受診者住所						電話番号											
場 受診者が18歳未満の場合	フリガナ						個人番号											
	保護者氏名						受診者との関係											
	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	氏 名			個人番号													
	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									
身体障害者手帳番					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 年 月 日 芦北町長 様																		

※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 再認定又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																		