

自立支援医療費（育成・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			年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名					明治 昭和	大正 平成
	フリガナ			電話番号			
	受診者住所						
個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係			
	保護者氏名						
	フリガナ			電話番号			
保護者住所 ※2							
保護者個人番号							
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						
	受診者と同一保険の加入者個人番号						
	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		※6					
令和 年 月 日		一関市福祉事務局長 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（ ） 公簿で確認済
前回の受給者番号	今回の受給者番号
備考	