

自立支援医療費（更生）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	受診者の被保険者記号及び番号		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 一関市福祉事務所長 様					

- ※ 「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					