

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・再交付）

※1

障がい者・児	フリガナ							年齢	生年月日		
	受診者氏名								年 月 日		
	受診者住所							電話番号			
	個人番号	●	●	●	●	●	●	●			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号番号							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※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続※3		該当・非該当	
障がい年金等	無	有（種類：障がい年金 級・遺族年金 級・その他）						年中		円	
身体障がい者手帳番号											
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 ※4											
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※5</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">飯塚市長 殿</p>											

- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※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 再認定または変更の方のみ記入。
 ※5 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	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	病院送付 ・ 自宅送付				

番号確認	個 通 住 証 コ ネ	身元確認	① 免 パ 障 住B 個 その他（ ） ② 保 年 証 学 住A 医 E Z K KT SF SB その他（ ）
------	-------------	------	---