

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									年 月 日			
	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 ※2					
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氏名・個人番号												
該当する所得区分	生活保護世帯				市町村民税非課税世帯				市町村民税課税世帯				
					円				円				
	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				
身体障害者手帳番号													
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 ※3													
治療方針の変更	有 ・ 無						診断書添付		有 ・ 無				
<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 style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">相馬市福祉事務所長</p>													

※1 該当する医療の種類及び新規・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。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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	年 月 日	認定年月日	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 生活保護受給世帯の証明書 同意書		市町村民税非課税証明書 其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				