

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								電話番号	- -		
	受診者住所											
	個人番号											
受診者が18才未満の場合	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											
	保護者個人番号											
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号						保険者名					
	受診者と同一保険の加入者氏名											
	個人番号	()	()	()	()							
	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 ※2	該当 ・ 非該当		
受診を希望する指定自立支援医療機関		医 療 機 関 名						所 在 地 ・ 電 話 番 号				
	医療機関											
	薬局											
受給者証番号 ※3												
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 ※4												
令和 年 月 日												
長与町長 様												

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
※2 該当すると思う区分に○をする。
※3 再認定または変更の方のみ記入。
※4 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					