

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						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							電話番号 ※2					
	フリガナ												
	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													
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													
<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: center;">申請者氏名 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岩沼市福祉事務所長 殿</p>													

- ※1 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 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。 -----

市記入欄

申請受付年月日				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		同意書による課税等確認		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							