

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 | フリガナ | | | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 | |
| | 受診者氏名 | 個人番号 | | | | 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| 障害者 | フリガナ | | | 電話番号 | | | |
| | 受診者住所 | 佐賀県杵島郡 | | | | | |
| 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 | | ※保険証の写しを添付 | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | 個人番号 | (続柄) | 個人番号 | (続柄) | | |
| | | 個人番号 | (続柄) | 個人番号 | (続柄) | | |
| | 障害年金・遺族年金受給の有無① | 無 ・ 有 | [障害年金 ・ 遺族年金 () 級 ※年金改定通知書又は年金振込通知書] | | | | |
| | 特別児童扶養手当等受給の有無② | 無 ・ 有 | [特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当] | | | | |
| | 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 | | | |
| | 世帯の所得の確認(希望する方に○) | 証明書等を添付します。 | | 職権での調査に同意します。 | | | |
| 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 | | | |
| | (病院) | | | | | | |
| | (薬局) | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | 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 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大 町 町 長 様</p> | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○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。 -----

自治体記入欄

| | | | | | |
|-----------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|--|
| 申請受付年月日 | | 判定依頼年月日 | | 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 | | | | |
| 低所得1・2の場合 | 地方税法上の合計所得金額 ③ | ①、②、③の合計金額 | | | |
| 所得確認書類 | 市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 | 市町村民税非課税証明書 その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 | | | | | |