

自立支援医療費（育成・更生）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							明治 大正 昭和 平成 令和	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												
	受給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			精神障害者保健福祉手帳番号										
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>申請者氏名 _____ 印 ※6</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>盛岡市長 _____ 様</p>													

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
- ※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		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			