

自立支援医療費(育成医療・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								
	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	県・市 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					
	( 入院 ・ 通院 )								
受給者番号 ※5									
私は、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療・更生医療)の支給を申請します。									
申請者氏名					印 ※6				
年 月 日									
大村市長様									

※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 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 再認定又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	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
所得確認書類	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			

同 意 書

1. 私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療（育成医療）給付の利用者負担金算定のために必要な事項（所得課税、収入、住民票、医療保険、その他の必要に応じた事項）について、市長が調査することに同意します。
2. 自立支援医療受給者証（育成医療）写しを指定医療機関へ送付することに同意します。

年 月 日

大村市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者と医療保険を同一にする者	(申請者との関係)
住 所 氏 名	( )
住 所 氏 名	( )
住 所 氏 名	( )
住 所 氏 名	( )
住 所 氏 名	( )
住 所 氏 名	( )

※ 以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。