

自立支援医療費(更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)

由布市福祉事務所長 様

次のとおり自立支援医療費の支給認定(新規・再認定・変更)を申請します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 申請年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

障がい者・児	フリガナ											歳	生 年 月 日	
	受診者氏名													年 月 日
	個人番号												電話番号	
	フリガナ													
	受診者住所													
事項 負担額 に関する	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													
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 ※1														

※1 変更の方のみ記入してください。

注 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類( )				
備考					