

※記入例

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	タイナイ タロウ							生年月日						
	受診者氏名	胎内 太郎							年齢	26歳	明治昭和	大正平成	3年 1月 1日		
	フリガナ	タイナイシシンワチョウ							電話番号		11-1111				
	受診者住所	胎内市新和町2-10							電話番号		11-1111				
	受診者個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ								受診者との関係						
	フリガナ								電話番号※2						
	保護者個人番号	記	入	し	な	い	で	く	だ	さ	い				
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	胎内 111111111						保険者名		胎内市					
	受診者と同一保険の加入者	氏名			個人番号										
		胎内 二郎			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		胎内 花子			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	該当する所得区分※3	生保・低1・							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							
	〇〇病院														
××薬局															
受給者番号 ※5															
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 胎内 太郎 印 ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>胎内市長 殿</p> <p>押印してください</p>															

・国保の方：同一世帯で国保の方全員分
 ・後期の方：同一世帯で後期の方全員分
 ・その他健康保険の方：扶養に入られている場合、被保険者の方のお名前、番号を記入してください。

※1 該当する医療の種類及び新規・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。

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	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（ ）		
受給者番号	月額自己負担上限額		
備考			