

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）														
フリガナ				年齢				生年月日						
受診者氏名				歳				年 月 日						
フリガナ				電話番号										
受診者住所														
個人番号														
の 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 ※1									
保護者住所 ※1														
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				名前				個人番号					
該当する所得区分				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				
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 ※2														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														
年 月 日				申請者氏名				印 ※3						
(宛先)三条市社会福祉事務所長														

非課税世帯であって、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当を受給している方（該当する種別を○で囲み、金額を記入してください。）

種別	障害年金・遺族年金・手当・その他
金額	

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※3 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。

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			