

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			性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名							大正 昭和 平成 令和	
	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					電話番号 ※2			
	フリガナ								
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			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									
治療方針の変更 ※6	有・無		診断書の添付 ※6、※7		有・無				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 自立支援医療の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。				【市町村記入欄】本人を確認し、チェックの上、該当番号を○で囲むこと <input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認 1 個人番号カード 2 通知カード 3 その他（ ） <input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元（実存）の確認 1 個人番号カード 2 運転免許証 3 身体障害者手帳 4 その他（ ） <input type="checkbox"/> 代理人の申請（届出）の場合にあたっては、代理権の確認 1 戸籍謄本（法定代理人の場合） 2 委任状（任意代理人の場合） 3 その他（ ）					
申請者氏名		印 ※8							
令和 年 月 日									
広陵町長		殿							

- ※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 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※8 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		
所得確認方法	個人番号	市町村民税課税証明書（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				
	課税情報	年金振込通知書・通帳（写し）	その他（ ）					
前回の受給者番号				今回の受給者番号				
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規							
備考								