

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者 (本人)	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	受診者住所	電話番号					
	個人番号						
扶養義務者等	フリガナ 保護者氏名	受診者との関係					
	保護者住所 ※2	〒			電話番号 ※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 (続柄を()書きで記入のこと)						
	受診者と同一保険加入者個人番号						
	該当する所得区分 ※3	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ 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及び障害等級							
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							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※6</p> <p>年 月 日 _____ 常総市長 殿</p>							

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担上限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
- ※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。-----

常総市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ 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 ()				
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					