自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別		年齢	歳	生年月日 年　月　日
	フリガナ 受診者住所	〒	個人番号		電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒	個人番号		電話番号 ※2		
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						
	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							

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印　※6

申請日　　年　月　日

吉岡町長
石関 昭　　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、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	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（　　）　課税状況確認表（市町村確認）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備　考					