

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																	
※該当する新規・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。																	
受 診 者	フリガナ											年齢	生 年 月 日				
	氏 名											歳	年 月 日				
	住 所	〒										電 話 番 号					
	個 人 番 号																
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の加入医療保険の記号及び番号						保険者番号							保 険 種 別			
							保 険 者 名										
	受診者と同じ保険の加入者	氏 名					個 人 番 号										
										重度かつ継続							
身体障害者手帳番							受給者番号										
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										
備 考																	
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 年 月 日 外ヶ浜町長 殿																	

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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 市町村民税課非税証明書 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					