

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							
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号							
該当する所得区分							重度かつ継続						
身体障害者手帳番号					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							
多賀城市福祉事務所長 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												