

# 記入例

様式第32号その2（第26条関係）

自立支援医療費支給認定申請書（**新規**・再認定・変更）※1  
（更生医療）

令和〇年〇月〇〇日

春日部市福祉事務所長 あて

住所 **春日部市中央7-2-1**  
申請者 氏名 **春日部 太郎**  
電話番号 **048(736)1131**

下記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。

受診者	フリガナ	<b>カスカベ タロウ</b>					生年月日	大正・ <b>昭和</b> ・平成 <b>〇〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>6</b> 日 (満 <b>●●</b> 歳)					
	氏名	<b>春日部 太郎</b>											
	住所	〒 <b>344-8577</b> <b>春日部市中央7-2-1</b>											
	個人番号	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
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	<b>54321 333</b>					保険者名	<b>全国健康保険協会 埼玉支部</b>					
	受診者と同一保険の加入者	<b>春日部 春子</b>											
	受診者と同一保険の加入者個人番号	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
	該当する所得区分 ※2	生保等・低1・低2 中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続 ※2	<b>該当</b> ・非該当					
身体障害者手帳番号	<b>埼玉</b> 都道府県(市)第 <b>11223</b> 号					受給者番号※3	<b>0011223</b>						
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む。）	医療機関の名称	所在地・電話番号											
	(病院・診療所)	<b>〇〇〇〇病院</b>					<b>春日部市中央〇-〇 048-736-〇〇〇〇</b>						
	(薬局等)	<b>△△△△薬局</b>					<b>春日部市中央△-△ 048-736-△△△△</b>						
	(訪問看護事業者)												
治療方針の変更 ※4	有・無												
同意書 決定にあたり、必要となる受診者の身体状況、世帯構成、介護保険の要介護認定状況、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に照会し確認することに同意します。 同意者氏名 <b>春日部 太郎</b>													

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をすること

※2 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること

※3 再認定又は変更の方のみ記入すること

※4 変更の方のみ該当する区分に○をすること

受給者本人の名前を  
記入してください