

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							
	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								
<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。 また、決定にあたり、必要となる受診者の身体状況、世帯構成、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。</p> <p>申請者氏名 _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">春日部市福祉事務所長 あて</p>								

- ※ 「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こと
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入すること
- ※ 「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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（	市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			