

記入例

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	カスカベ タロウ								年齢	生 年 月 日		
	氏 名	春日部 太郎								●●歳	昭和〇〇年5月6日		
	住 所	〒344-8577 春日部市中央7-2-1								電 話 番 号			
	個人番号	5	5	5	5	3	3	3	2	2	1	1	1
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	54321 333						保険者番号	1110014		保険種別	社保	
	受診者と同一保険の加入者	氏名						個人番号					
		春日部 春子						777555444888					
該当する所得区分	中間所得層2						重度かつ継続	該当					
身体障害者手帳番号	埼玉県 第11223号						受給者番号	11223					
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						
	○○○○病院 △△△△薬局						春日部市中央○-○ 048-736-○○○○ 春日部市中央△-△ 048-736-△△△△						
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。 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。													
申請者氏名		春日部 太郎					令和〇年		9月		14日		
												春日部市福祉事務所長 殿	

受給者本人の名前を記入してください

- ※ 「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	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
前回の受給者番号	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（ ）	
備 考	前回の受給者番号		今回の受給者番号	