

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	受診者氏名					
	受診者住所				電話番号	
受診者が場18歳未満の場合	フリガナ				受診者との関係	
	保護者氏名					
	保護者住所 ※2				電話番号 ※2	
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			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者					
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号			
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		
受給者番号 ※5						

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、私は、自立支援医療費の支給認定申請に関して、東川町が私及び私の「世帯」について、課税・所得状況等の確認することおよび税担当部署、その他関係機関に照会することに同意します。

申請者氏名 _____ ※6

年 月 日

上川郡東川町長 殿

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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
所得確認書類	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					