

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	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									
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			中野市長 あて		

- ※ 「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															