

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ		年齢	生 年 月 日		
	受診者氏名		歳	大正 昭和 平成	年	月 日
	フリガナ					
	受診者住所	中野市	電話番号			
受診者が 場合18 歳未満の	フリガナ		受診者との 関係			
	保護者氏名					
	個人番号		電話番号 ※2			
	フリガナ					
保護者住所 ※2						
負担額に 関する事	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						
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〕 〔訪問看護〕					
受給者番号 ※5						
<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。</p> <p>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>中野市長 様</p>						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
 ※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。

----- 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	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					