

様式第32号（第24条関係）

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）				
※1				
障がい者・児	フリガナ		年 齢	生 年 月 日
	受診者氏名		歳	年 月 日
	フリガナ 郵便番号 受診者住所	〒 ー	電話番号	
	個人番号			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	
	保護者氏名			
	フリガナ 保護者住所 ※2		電話番号 ※2	
	保護者個人番号			
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	
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				
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p> <p style="text-align: center;">会津坂下町長</p>				

- ※1 該当する医療の新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受診児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 同意書による確認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			

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療・育成医療）			
受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span> </div>	
保 護 者  (受診者が18歳未満の 場合記入)	フリガナ		続柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span> </div>	
自立支援医療費受給者番号		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span><span>┆</span> </div>	
受給者証の有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)		
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号		
備 考			
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">会津坂下町長 <span style="margin-left: 200px;">届出者氏名</span> <span style="margin-left: 100px;">印</span></p>			

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

様式第 37 号 (第 28 条関係)

自立支援医療費 (更生医療・育成医療) 受給者証再交付申請書

会津坂下町長

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第 33 条第 1 項の規定に基づき、下記の理由により、自立支援医療費 (更生医療・育成医療) 受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			
	氏名	個人番号	生年月日	
	居住地	電話番号		
再交付申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他			

届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏名		申請者との関係	
	居住地	電話番号		