

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	
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	
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					
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。					
令和 年 月 日					
申請者氏名					
会津坂下町長					

※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。

----- 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					