

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書							
【新規・再認定＜継続＞・変更（保険・所得区分・医療機関）・再交付】※１							
障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別 男・女	年齢	歳	生年 月日 大正昭和 平成年月日	
	フリガナ 受診者住所	(-)			電話番号		
					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						
	受診者と同一保険の加入者 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				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			
私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。なお、申請に伴い所得区分の認定について所得状況等を桜井市社会福祉事務所が調査することに同意します。 申請者氏名 年 月 日 桜 井 市 福 祉 事 務 所 長 殿							

※1 新規・再認定(継続)・変更(保険の変更または所得区分の変更、指定医療機関の変更の場合)・再交付のいずれかに○をする。

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
所得確認書類	☐ 個人番号 ☐ 市町村民税課税証明書又は台帳 ☐ 市町村民税非課税証明書又は台帳 ☐ 標準負担額減額認定書 ☐ 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 ☐ 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					