

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・変更）※1

障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	32歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××日
	受診者氏名	厚労 花子							<input checked="" type="radio"/>	
	フリガナ	イバラキケンツチウラン						電話番号	029-△△△-□□□□	
	受診者住所	〒 茨城県土浦市〇-△-×		医療を受ける方の氏名を記入。						

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	17土 〇△□×〇△	受診者と同一保険の加入者	医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。	厚労 花男、厚労 花美	医療を受ける方の同一保険に加入している方全
	保険者名及び保険の種類（〇印）	〇〇〇〇組合	健保（政管本人・政管家族・健組本人・健組家族）、老保、国保（一般・退職本人・退職家族）、船保（本人・家族）、生保（受給中・申請中：福祉事務所名）、労災、その他（ ）			該当する種類に〇を付ける
	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		

受給者番号 ※2	既存の受給者証の有効期間	平成 年 月 日
----------	--------------	----------

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	医療機関等名称	所在地・電話番号
病院・診療所	〇〇病院	東京都〇〇△△, 03-△×〇-□□□
薬局	△△薬局	茨城県〇〇△△, 029-△×〇-□□□
薬局		

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 厚労 花男 印 ※3

平成 〇〇年 △△月 ××日

(申請先) 土浦市福祉事務所長

※1 該当する医療の種類及び新規・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）のいずれかに〇をする。

※2 変更の方のみ記入。

※3 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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（ ）	標準負担額減額認定証		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					