

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名							明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	フリガナ							電話 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			受診者と同一保険の加入者					
	保険者名及び保険の種類（○印）			健保（政管本人・政管家族・健組本人・健組家族），各種共済（本人・家族） 国保（一般・退職本人・退職家族），船保（本人・家族），後期高齢 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） 労災，その他（					
	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									
薬局									
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				印 ※3					
平成 年 月 日									
（申請先）土浦市福祉事務所長									

- ※1 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 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								