

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)						
受診者	フリガナ		男・女	年齢	歳	生年月日
	氏名	個人番号:				年
	住所	〒				電話番号
保護者	フリガナ		受診者との関係			
	氏名	〒		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		保険者名			
	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						
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						
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
枝幸町長様						
年 月 日						
申請者氏名 印						

- (注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。
 2 「保護者」欄の住所及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記載してください。
 3 {該当する所得区分}欄及び「重度かつ継続」欄は、該当する項目に○を記載してください。
 4 「受給者番号」欄は、再認定又は変更申請の場合に記入してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

(※町記入欄)

申請受付年月日		認定年月日		変更年月日	
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 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 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					