

| 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）<br>※ 1                                     |                  |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|--|--|--|---------------|--|-------------|--------|-------|
| 障害者・児                                                                           | フリガナ             |                       |  |  |  |               |  | 年齢          | 歳      | 生年月日  |
|                                                                                 | 受診者氏名            |                       |  |  |  |               |  |             |        | 年 月 日 |
|                                                                                 | フリガナ             |                       |  |  |  |               |  | 電話番号        |        |       |
|                                                                                 | 受診者住所            |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
|                                                                                 | 個人番号             |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
| 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             |                       |  |  |  |               |  | 電話番号<br>※ 2 |        |       |
|                                                                                 | 保護者住所<br>※ 2     |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
|                                                                                 | 保護者個人番号          |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
| 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<br>※ 3  | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 |  |  |  |               |  | 重度かつ継続※ 4   | 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 |  |             |        |       |
| 医療機関名                                                                           |                  | 所在地・電話番号              |  |  |  |               |  |             |        |       |
| 受給者番号 ※ 5                                                                       |                  |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>垂水市福祉事務所長 様</p> |                  |                       |  |  |  |               |  |             |        |       |

※ 1 該当する医療の種類及び新規・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 受診者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  | 年 月 日                                                              | 進達年月日 | 年 月 日    | 認定年月日  | 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<br>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      |                                                                    |       |          |        |        |