

自立支援医療費（更生・育成）支給認定（変更）申請書

東北町長殿

次のとおり、自立支援医療の支給認定（変更認定）を申請します。

申請者氏名 印 ※1 申請年月日 令和 年 月 日

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		男・女	歳	生年月日	
	フリガナ 受診者住所	上北郡東北町		電話番号		
	個人番号	-		-		
受診者が 18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2			電話番号 ※2		
	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			受診者の属する被保険者証の記号及び番号		
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※3	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・訪問看護事業所を含む）		医療機関名		所在地・電話番号		
受給者番号 ※4						

※1 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

※2 受診者本人と異なる場合に記入して下さい。

※3 裏面を参照し、該当すると思う部分に○をして下さい。

※4 変更の方のみ記入して下さい。

注 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請して下さい。

※ 町記入欄

申請受付年月日	令和 年 月 日	認定年月日	令和 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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 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			