様式第24号（第１８条、第２０条関係）

# 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<br>受診者氏名 | | 男・女 | 歳 | 生年月日 |
| | フリガナ<br>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<br>保護者氏名 | | | 受診者との関係 | |
| | フリガナ<br>保護者住所<br>※2 | | | 電話番号<br>※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<br>※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でお願いします。
※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〇をして下さい。
※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 | □市町村民税課税証明書<br>□標準負担額減額認定証<br>□その他収入等を証明する書類（　　） | □市町村民税非課税証明書<br>□生活保護受給世帯の証明書 | | |
| 前回の受給者番号 | | 今回の受給者番号 | | |
| 備考 | | | | |