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　　様

次のとおり自立支援医療費の支給認定(変更認定)を申請します。

申請者氏名　　※1

申請年月日　　年　月　日

障害者・児	フリガナ 受給者氏名		歳	生年月日	
	フリガナ 受給者住所		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		
	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			
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・訪問看護事業者を含む)		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ください。
※3　裏面を参照し、該当すると思う部分に○をしてください。
※4　変更の方のみ記入してください。

注　変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

※　町記入欄

申請受付年月日		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　□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			