

自立支援医療費（**育成**）更生・精神通院）支給認定申請書（**新規**・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	7歳	生年月日	
	受診者氏名	厚労 花子						明治 大正 昭和 平成	〇〇年 △△月 ××日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセキ				電話番号	03-△△△△-□□□□		
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	コウロウ ハナオ		受診者との関係	父				
	保護者氏名	厚労 花男							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセキ				電話番号※2	03-△△△△-□□□□		
	保護者住所※2	東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×							
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	135790		保険者名	〇〇〇〇組合				
	受診者と同一保険の加入者	厚労 花男 厚労 花美			受診者の属する被保険者証の記号及び番号	135790			
	該当する所得区分※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ <input checked="" type="radio"/> 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続※4	<input checked="" type="radio"/> 該当 ・ 非該当			
身体障害者手帳番号	123456789			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				
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所				東京都千代田区霞ヶ関〇〇〇 03-〇〇〇〇-×××× 東京都千代田区霞ヶ関□□□ 03-□□□□-×××× 東京都千代田区霞ヶ関△△△ 03-△△△△-××××				
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 厚労 花男 印 ※6</p> <p>平成 〇〇年 △△月 ××日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入。
 ※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。
 ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- 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		進達年月日		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 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					