

様式第25号（第20条・第22条関係）

自立支援医療費支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1						
障害者・児	フリガナ		性別		年齢	生年月日
	受診者氏名		個人番号			
	フリガナ		電話番号			
の受給者が18歳未満	フリガナ		個人番号			受診者との関係
	保護者氏名					
	フリガナ		電話番号 ※2			
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	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		
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等（薬局・訪問看護事業者を含む。）	医療機関等名称			所在地・電話番号		
受給者番号 ※3						
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
申請者氏名			印 ※4	申請年月日	年	月 日
(宛先) 太田市長						

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をつけてください。変更の場合は、障害者・児欄及び変更事項のみ記入してください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※4 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。

市記入欄

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	
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	
所得確認書類	□収入等を証明する書類() ※5				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					

- ※5 年金証書等の市民税に反映されない書類の確認をすること。