

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1														
障がい者・児	フリガナ										年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名												年 月 日	
	受診者住所										電話番号			
	個人番号													
受診者が 場合1 8歳未 満	フリガナ										受診者との 関係			
	保護者氏名													
	保護者住所 ※2										電話番号 ※2			
保護者個人番号														
受給者証の 送付先	(該当番号に○をすること。)										(3の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名)			
	(住所) 下 - 1 受給者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他 (2、4の場合は、宛名人の氏名と続柄を記入すること。) (氏名) (受診者との続柄)													
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													
	受診者と同一保険の加入者個人番号													
	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※4	該当・非該当
身体障がい者手帳番号														
医療機関名														
所在地・電話番号														
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)														
受給者番号 ※5														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、本人負担額の認定に際し、私及び同一保険者の市民税額等の調査を行うことに同意します。  住所 申請者氏名 ※6  年 月 日 出雲市長 様														

- ※1 新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)・再認定のいずれかに○をする。
- ※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、該当する区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当する区分に○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、記名押印又は自署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		判定依頼日		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	個人番号 市町村民税課税証明書 生保保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入を証明する書類( )		標準負担額認定証
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					