

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

受診者	フリガナ 氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日				
	フリガナ 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										
	受診者と同一保険の加入者個人番号										
身体障害者手帳番号											
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 ※3											
<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>年 月 日</p> <p>(宛先) 北本市長</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（自筆による署名又は記名押印）</p> <p style="text-align: right;">-----</p>											

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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）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 再認定または変更の方のみ記入。

<p>認定にあたり必要となる収入等の状況について、官公署等に調査確認されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 北本市長</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（自筆による署名又は記名押印）</p> <p style="text-align: right;">-----</p>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

----- 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						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
所得確認方法	個人番号		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						
前回の受給者番号						今回の受給者番号									
備考															