

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更())※1							
障 が い 者	フリガナ				年 齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名						年 月 日
	フリガナ				電 話 番 号		
	受診者住所						
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						
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続※3	該当・非該当
	年金・手当の受給※4	障がい年金・遺族年金・受給なし		特別障がい者手当・経過的福祉手当・障がい児福祉手当・特別児童扶養手当・受給なし			
身体障がい者手帳番号	第 号			受給者番号 ※5			
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		
<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。あわせて世帯範囲の特例に関する認定についても申請します。 また、上記申請のため、私の医療保険加入状況、私及び私の属する世帯員の収入状況、課税状況、扶養状況を確認すること、支給認定について調査内容等を指定医療機関に提示することを同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(あて先)宇都宮市長</p>							

- ※1 該当する認定申請区分(新規・再認定・変更(自己負担限度額、指定医療機関及び医療方針))のいずれかに○をする。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 障がい年金・遺族年金を受給している方は、年金証書または振込通知書の写しを添付。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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			
	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								