

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ													年齢	生 年 月 日					
	氏 名													歳						
	住 所	〒												電 話 番 号						
	個人番号																			
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号											保険者番号						保険種別		
	受診者と同一保険の加入者	氏名										個人番号								
該当する所得区分											重度かつ継続									
身体障害者手帳番号											受給者番号									
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									
備 考																				
私は、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												年 月 日								
												三田市長 田村 克也 宛								

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「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											