

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）												
受診者	フリガナ						性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
	氏名											
	フリガナ										電話番号 — —	
	住所	〒										
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係		電話番号 — —			
	保護者氏名											
	フリガナ						電話番号 — —					
	保護者住所	〒										
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						保険者名称					
	保険の区分	1 健保(本人 家族) 2 国保(一般 退職本人 退職家族) 3 船保(本人 家族) 4 各種共済(本人 家族) 5 後期高齢者医療 6 生保(受給中 申請中:福祉事務所名) 7 労災 8 保険未加入 9 その他()										
	受診者と同一保険の加入者(18歳未満の収入の無い方を除く)											
	受診者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯			市町村民税課税世帯						
		受給者の年間収入額	_____円			属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割) _____円						
生保	(80万円以下) 低1	(80万円超) 低2	(3万3千円未満) 中間1	(23万5千円未満) 中間2	(23万5千円以上) 一定以上							
重度かつ継続 (所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合)						該当 ・ 非該当						
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	番号			申請中	年 月 日付け					
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局を含む)	医療の内容	医療機関名			所在地			電話番号				
	病院 診療所											
	薬局											
現在の受給者番号(再認定・変更の場合に記入)				現在の受給者証の有効期限(再認定・変更の場合に記入)			年 月 日					
私は、上記のとおり、自立支援医療費(更生医療)の支給を申請します。												
年 月 日 申請者氏名												
棚倉町長												

(注意)

- 新規・継続のいずれかに○を付けてください。
- 世帯区分及び所得区分を確認する書類を添付してください。
- 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

ここから下は記入しないでください

自治体記入欄		ここから下は記入しないでください										
市町村受理年月日		世帯確認書類		所得確認同意		所得区分						
		被保険者証等 住民票 不要		有 無		前回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
		所得確認書類				今回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
		個人番号	年金・手当の通知		重度かつ継続							
		市町村民税課税証明書	同意書による確認		前回			該当		非該当		
		市町村民税非課税証明書	その他		今回			該当		非該当		
		標準負担額減額認定書	()		主たる身体障害(今回)							
		生活保護受給の確認			・腎臓機能障害		・小腸機能障害					
		特定疾病療養受療証の有無	有・無		・免疫機能障害		・肝臓機能障害					
上記のとおり所得区分を確認しました。												
確 認 者												
印												