

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						
障害者・児	フリガナ			年齢	歳	生年月日
	受診者氏名	個人番号：				年 月 日
	受診者住所			電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係		
	保護者氏名	個人番号：				
	保護者住所 ※2			電話番号 ※2		
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					
	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 ※3	該当・非該当
身体障害者手帳番号				受給者番号 ※4		
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		
治療方針の変更※4※5		有 ・ 無				
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、支給決定にあたり、必要となる申請者(児童)の身体状況、世帯構成、介護保険の要介護度認定状況、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に照会し確認することに同意します。 年 月 日 杉戸町長 あて 申請者氏名						

※1 該当する医療の種類及び新規・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)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 該当すると思う区分に○をする。
※4 再認定又は変更の方のみ記入。
※5 該当すると思う区分に○をする。

----- 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	
所得確認書類	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						