

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	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					-						
未満の場合 受診者が18歳	フリガナ		受診者との関係								
	保護者氏名										
	フリガナ		電話番号 ※2								
	保護者住所 ※2										
保護者個人番号					-						
負担に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名					
	受診者と同一保険に加入する者の名前及び個人番号	名前				個人番号					
該当する所得区分	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				
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>申請者氏名 _____ 印 ※4</p> <p>年 月 日</p> <p>魚沼市長 殿</p>											

※1 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 受給者番号については、再認定又は変更の方のみ記入。

※4 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
所得確認書類	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			月額自己負担上限額		