

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

障害者・児	フリガナ		年齢	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 1 8 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													
身体障害者手帳番号																				
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										
受給者番号 ※3																				
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										印 ※4										
年 月 日										魚沼市長 殿										

※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 市町村住民税課税証明書		市町村住民税非課税証明書		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	