

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 受診者氏名		性別		年齢	歳	生年月日
	フリガナ 受診者住所	サガケンカンザキグンヨシノガリチョウ 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町				電話番号	
					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	※同一保険加入者の保険証の写しを添付			
	受診者と同一保険の加入者氏名（続柄・個人番号）						
	障害年金・遺族年金等受給の有無①	無 ・ 有 〔障害年金 級・遺族年金・老齢年金・その他〕				※年金改定通知等、支給金額のわかる書類の写しを添付	
	特別児童扶養手当等受給の有無②	無 ・ 有 〔特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当〕					
	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 ※4	該当 ・ 非該当	
世帯の所得の確認（希望する方に○）	証明書を添付します。			職権での調査に同意します。			
障害名			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 ※5							

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 ※6

令和 年 月 日

吉野ヶ里町長 殿

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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。ここから下の欄には記入しないで下さい。

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
所得区分低1・2の場合	地方税法上の合計所得金額③			①、②、③の合計金額	
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					