

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）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											年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所											電話番号				
	個人番号															
	フリガナ 保護者氏名											受診者との関係				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者住所 ※2											電話番号 ※2				
	保護者個人番号															
	受診者の被保険者証の記号及び番号											保険者名				
負担額に関する事項	受診者と同一保険の加入者個人番号															
	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		
身体障害者手帳番号											精神障害者保健福祉手帳番号					
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																
<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 ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>青森市長 殿</p>																

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 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											