

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更・転入）											
障害者・児	フリガナ										※1 生 年 月 日
	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳					年 月 日
	フリガナ							電話番号			
	受診者住所										
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										
	フリガナ							電話番号	※2		
	保護者住所 ※2										
	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					
	受診者と同一保険の加入者										
	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		
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>須賀川市長</p>											

- ※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 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									