

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 生 年 月 日																
障害者・児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	大正 昭和 平成 令和						
	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																
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																
保護者個人番号																
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及び個人番号															
	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																
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無				診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無									
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																
令和 年 月 日																
大仙市長 殿																

※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 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

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			
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規				
備 考					