

自立支援医療費（育成医療・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					年齢	歳	生年月日				
	フリガナ 受診者住所							平成 令和	年 月 日			
	受診者個人番号							電話番号				
	受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名							受診者との関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2							電話番号 ※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	氏名				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							
支給認定期間の短縮 ※8	希望する ・ 希望しない				短縮後の支給認定期間の終期 ※8							
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 年 月 日 南魚沼市長 殿												

- ※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 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。（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）
- ※8 精神障害者保健福祉手帳と有効期限を統一したい場合などに「希望する」に○をし、短縮後の支給認定期間の終期を記入する。

----- 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			
前回の有効期限					月額自己負担上限額			
備考								