

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)

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名				大正	年	月	日
	個人番号				昭和			
	フリガナ		平成					
	受診者住所		電話番号					
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							
	個人番号							
	フリガナ		電話番号					
保護者住所								
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							
	該当する所得区分	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			
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								
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。								
令和 年 月 日 申請者氏名 (印)								
(あて先)会津若松市福祉事務所長								

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

市記入欄

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 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類()		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					