自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定（変更認定）申請書

（宛先）
倉吉市福祉事務所長

申請者　氏　名　　㊞

次のとおり自立支援医療費の支給認定（変更認定）を申請します。

申請年月日　　年　月　日

障害者・児	フリガナ		歳	生年月日
	受診者氏名			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※1	
	保護者住所※2			
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		受診者の属する被保険者証の記号及び番号	
	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				
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　※2				

※1　受診者本人と異なる場合に記入してください。
※2　変更の方のみ記入してください。
○　氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
注　変更の場合は、必ず自立支援医療受給者証（更生医療・育成医療）を添えて申請してください。

市記入欄

申請受付年月日	年　月　日	認定年月日	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			