

自立支援医療（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）
※1

年 月 日

倉吉市福祉事務所長 様

申請者氏名 (印)

次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

障害者	フリガナ		性別	年齢	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名					年	月
負担額に関する事項	フリガナ				電話番号		
	受診者住所						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証等の記号、番号等			保険者名			
	受診者と同一保険の加入者						
	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							
負担上限額 ※6							
医療の具体的方針※7							

注

- ※1の欄は、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○を付けること。
- ※2の欄は、受診者本人と異なる場合に記載すること。
- ※3及び※4の欄は、育成医療に係るものにあつては記載しないこと。また、精神通院医療に係るものにあつては、該当する区分に○を付けること。
- ※5の欄は、再認定又は変更の場合に記載すること。
- ※6及び※7の欄は、変更の場合に記載すること。
- 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

----- ここから下の欄には記載しないでください。 -----

行政庁記入欄							
申請受付年月日		進達年月日		認定年月			
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 其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							