

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

| | | | | | | |
|--|------------------|-----------------------|------|----------|--------|---|
| 障がい者 | フリガナ | | 年齢 | 歳 | 生年月日 | |
| | 受診者氏名 | | | | 年 | 月 |
| | フリガナ | | 電話番号 | () | | |
| | 受診者住所 | 山形市 | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者個人番号 | | | | | |
| | 該当する所得区分※2 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | 重度かつ継続※3 | 該当・非該当 | |
| 身体障がい者手帳番号 | 都道府縣市第 | | 号 | 受給者番号※4 | | |
| 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 | | |
| | | | | | | |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>(宛先)山形市福祉事務所長</p> <p>申請者氏名 印 ※5</p> <p>年 月 日</p> | | | | | | |

- ※1 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○をすること。
- ※2 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※3 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※4 再認定又は変更の方のみ記入すること。
- ※5 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

山形市記入欄

| | | | |
|----------|---|----------|--------|
| 申請受付年月日 | | 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 年金証書等の写し その他収入等を証明する書類() 所得等確認同意書 | | |
| 前回の受給者番号 | | 今回の受給者番号 | |
| 備考 | | | |