

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																					
※1																					
障害者・児	フリガナ						年齢	歳	生 年 月 日												
	受診者氏名								明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日									
	フリガナ						電話番号														
	受診者住所																				
	個人番号																				
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																				
	フリガナ						電話番号 ※2														
	保護者住所 ※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																				
	受診者と同一保険の加入者個人番号																				
	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		有			・			無		
<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>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>王寺町長 平井 康之 殿</p>																					

- ※1 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。（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）

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				
所得確認方法	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						
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規										
備 考											