

自立支援医療費支給認定（変更）申請書

【 育成医療 更生医療 】

医療を受ける方の氏名を記入してください。

記入例

受診者	フリガナ	タカマツ ハナコ										年齢	○歳	生年月日				
	氏名	高松 花子												令和〇〇年△△月××日				
	住所	〒〇〇〇-×××× 高松市〇〇町〇〇〇-〇										アパートなどに居住されている方は、名称、部屋番号もご記入ください。						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	電話番号	087-△△△-〇〇〇〇			
受診者が18歳未満の場合	1	フリガナ	タカマツ タロウ										受診者との関係	個人番号				
		保護者氏名	高松 太郎										父	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4				
	2	フリガナ	タカマツ ハナエ										受診者との関係	個人番号				
		保護者氏名	高松 花江										母	5 6 7				
	保護者住所 ※1	〒										電話番号 ※1		申請手続きのため、連絡を取らせていただくことがありますので携帯電話などの連絡先を記入してください。				
	受診者の被保険者番号	(記号)	135790										保険者の番号	(番号)01370014				
		(番号)	36										及び名称	(名称)〇〇組合〇〇支部				
	個人番号	高松 太郎					高松 一郎					チェックシート5を見て、○をつけてください。						
	生保・低1・低2・中間1・ 中間2 ・一定以上	345678901234										567890123456		重度かつ継続※3				
	障害年金等の受給 (有・無)													該当・ 非該当				
	身体障害者手帳番号	123456789										障害手帳等級		2級				
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者等を含む。)	医療機関名										所在地・電話番号							
	病院										所在地							
	〇〇〇〇病院										高松市〇〇町〇〇〇番〇〇号							
薬局等										電話番号								
〇〇〇〇薬局										△△△-××××								
										所在地								
										高松市〇〇町〇〇〇番〇〇号								
										電話番号								
										〇〇〇-××××								
自立支援医療費受給者番号 ※4																		
上記のとおり自立支援医療費の支給認定の申請(変更申請)をします。 なお、申請に当たり、公簿等により私及び世帯員の所得及び課税状況を確認されることを承諾します。																		
申請者 氏名 高松 太郎																		
令和 〇〇年 △△月 □□日																		
(宛先) 高松市長																		
申請者は原則として、受診者と同じ医療保険に加入している「被保険者」を記入してください。																		

注

- ※1の欄の住所・電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入してください。
- ※2の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う項目を○印で囲んでください。なお、「低1」又は「低2」の場合は、点線以下の部分に、障害年金等の受給の有無を記入してください。
- ※3の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う項目を○印で囲んでください。
- ※4の欄は、既に支給認定を受けている場合又は変更申請の場合に記入してください。
- 記名押印に代えて署名することができます。

以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		認定年月日	
有効期間			
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	
備考			