

自立支援医療費（育成・更生）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	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																
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																
<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>（宛先）上越市長</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。

※ 申請書に記載された個人情報、自立支援医療（育成・更生）に関する業務以外には使用しません。ただし、法令に定めのある場合又は公益上の必要がある場合は、上越市個人情報保護制度審議会の承認を得て、中央身体障害者更生相談所が判定業務に使用することがあります。

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									
備考																