

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

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別 男・女	年齢 歳	生年月日 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所			電話番号	年 月 日	
	個人番号					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2			電話番号 ※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	記号	番号	保険者名	国民健康保険・健康保険組合 社会保険事務所・共済組合 後期高齢者医療広域連合	
	受診者と同一保険の加入者 ※3		㊦	㊦	㊦	
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※5	該当・非該当
	障害者年金等 ※5	有・無	高齢・障害・遺族・その他 ()		級(収入額 円)	
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 ※6				既存の受給者証の有効期限	年 月 日	
<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>☆ 私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条に定める自立支援医療費の支給認定のために、私及び私と同一の医療保険に加入している者の世帯構成、市町村民税の課税状況及び所得額について、担当部局に確認されることに同意します。</p> <p>また、社会保険事務所・各種健康保険組合に必要な情報を確認されることに同意します。</p> <p>申請者氏名 ㊦ ※7</p> <p>年 月 日</p> <p>久留米市福祉事務所長 あて</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 受診者本人と異なる場合に記入すること。 ※3 ☆印の内容に同意されて同一保険の加入者については、記名押印をすること。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。 ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入すること。
 ※6 再認定又は変更の方のみ記入すること。 ※7 申請者氏名については、上記☆印の内容に同意する場合において、必ず記名押印すること。

受給者情報についての同意

私は、**障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律**に基づく自立支援医療費給付に関する自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票について、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。)から受給情報の問い合わせがあった場合、その情報提供を依頼した指定自立支援医療機関に対し、情報を開示(受給者証写しを送付)することに同意します。

氏 名 ㊦

----- ここから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		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 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					