

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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日								
	受診者氏名						年	月	日						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ				電話番号										
	受診者住所	虻田郡豊浦町字													
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														
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														
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	北海道	第	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 style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※8</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">豊浦町長 村 井 洋 一 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）
- ※8 申請者氏名については、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。-----

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
所得確認書類	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										
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															