

様式第17号（第15条、第18条関係）

自立支援医療費（更生・育成）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		生年月日 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	電話番号	歳 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	
	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
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			
<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 ㊟ ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 土岐市長</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。

※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 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 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					