

自立支援医療費（ <u>育成</u> ）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							年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名									平成 年 月 日 令和				
	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					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														
（あて先） 奈 良 市 長 年 月 日 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名														

※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。

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（ 同意書による確認 / その他 ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					