

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）											
障害者・児	フリガナ						年齢	歳	※1 生 年 月 日		
	受診者氏名								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	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者名					
	受診者と同一保険の加入者		個人番号								
			個人番号								
			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		奈良市／奈良県 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		意見書の添付		有 ・ 無						
（宛先） 奈 良 市 長 令和 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 ※7											

※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 再認定の方のみ記入。
※7 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		判定依頼年月日		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		
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				
治療方針等の変更の有無	有 ・ 無				
備 考					