

自立支援医療費（育成医療・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	
	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			
	受診者と同一保険の加入者				受診者の属する被保険者証の記号及び番号		
	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	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			
	病院						
	薬局名（院内処方の場合は、院内処方に○） 院内処方						
	訪問看護						
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 <span style="float:right">※6</span></p> <p>令和 年 月 日</p> <p>（申請先）上田市長</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 申請者氏名については、記名又は自筆による署名のいずれかとする。

-----  
 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（ ）		
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考	本人申請（郵送） ①番号確認（個人番号カード・通知カード・その他） ②本人証明（手帳・運転免許証・その他） 代理申請 ①委任状 ②代理人証明（手帳・運転免許証・その他） ③番号確認（個人番号カード・通知カード）				