様式第18号(第15条、第17条関係)

自立支援医療費(更生)支給認定(変更認定)申請書

山県市福祉事務所長　様

次のとおり自立支援医療費の支給認定(変更認定)を申請します。
なお、下記申請内容について、各関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。
申請者　氏名　　印　※1　　申請年月日　　年　　月　　日

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		男・女	歳	生　年　月　日
	フリガナ 受診者住所			電　　話	
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 ※2	
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		受診者の属する被保険者証の記号及び番号		
	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※3	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　※4					

※1　申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかでお願いします。
※2　受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3　裏面を参照し、該当すると思う部分に〇をしてください。
※4　変更の方のみ記入してください。
注　変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

申請受付年月日		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				