

(様式第 2 8 号)

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														
受診者・児	フリガナ									年齢	生 年 月 日			
	氏 名									歳	年 月 日			
	住 所	〒									電 話 番 号			
個人番号														
受診者が 1 8 歳未満の場合	フリガナ									受診者との関係				
	保護者氏名													
	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	受診者の加入医療保険の記号及び番号							保険者番号				保険種別		
								保険者名						
	受診者と同一保険の加入者	氏 名						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							受給者番号 ※ 5							
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							
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 年 月 日 南陽市長 殿														

※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（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					