

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（再認定）

障害者・児	フリガナ	マサキ タロウ		性別	男	年齢	68歳	個人番号（マイナンバー）を記入して下さい。	月 日
	受診者氏名	松前 太郎						昭和25年10月1日	
受診者が場合18歳未満の場合	フリガナ	イヨグンマサキチョウツツイ				個人番号	1234 5678 9012		
	受診者住所	伊予郡松前町筒井631番地				電話番号	089-985-4112		
受診者が場合18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係	いつでも連絡のとれる連絡先を記入して下さい。		
	フリガナ					個人番号	医療を受ける方が加入している保険者名を記入して下さい。		
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	松西いろは123		保険者名	松山西社会保険事務所				
	受診者と同一保険の加入者	松前 花子, 一郎				医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名を記入して下さい。			
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・ <input type="checkbox"/> 記入不要です。 <input type="checkbox"/>		2	一定以上	重度かつ継続※4	<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当		
身体障害者手帳番号	愛媛県第123456号		精神障害者保健福祉手帳番号	<input type="checkbox"/> 記入不要です。					
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				
	〇〇病院 調剤薬局〇〇				松山市〇〇町〇〇〇番地 089-1234-5678 松山市〇〇町〇〇番地 089-9123-4567				
受給者番号 ※5	受診を希望される更生医療指定医療機関・指定薬局を記入して下さい。								
<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 松前 太郎 印 ※6</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>松前町長</p> <p>受診者の氏名を記入、押印して下さい。 ※自筆の場合、押印不要。</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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	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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			