

**自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1**

障 が い 者	フリガナ											個人番号										
	受診者氏名																					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	年齢	歳	電話番号														
	フリガナ																					
	受診者住所																					
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										
	保 険 の 種 類					該 当 す る 所 得 区 分					重 度 か つ 継 続											
	1. 社保本人 2. 社保家族 3. 国保一般 4. 国保退職本人 5. 国保退職家族 6. 生保 7. 老保 8. 後期高齢 9. その他					生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					該 当 ・ 非 該 当											
	受給者と同一保険の加入者																					
	受給者と同一保険の加入者個人番号																					
身体障害者手帳番号											身体障害者手帳交付年月日	年	月	日								
障がい名											特定疾病療養受療証の有無	有・無										
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・診療所																					
	薬局																					
	訪問看護事業者																					
受給者番号 ※2																						
<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。また、当該申請にあたり、支給認定の際に必要な税情報や手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p align="right">可児市長 様</p>																						

※1 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 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	届出人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( ) 本人確認 <input type="checkbox"/>																		

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

障がい者	フリガナ															個人番号											
	受診者氏名																										
	生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日	年齢	歳	電話番号																	
	フリガナ																										
	受診者住所																										
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																	
	保険の種類							該当する所得区分							重度かつ継続												
	1. 社保本人 2. 社保家族 3. 国保一般 4. 国保退職本人 5. 国保退職家族 6. 生保 7. 老保 8. 後期高齢 9. その他								生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						該当・非該当												
	受給者と同一保険の加入者																										
	受給者と同一保険の加入者個人番号																										
身体障害者手帳番号									身体障害者手帳交付年月日	年 月 日																	
障がい名	による 制限される腎臓機能障害「 」総合級										の日常生活活動が					特定疾病療養受療証の有無				有・無							
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・診療所																										
	薬局																										
	訪問看護事業者																										
受給者番号 ※2																											
<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。また、当該申請にあたり、支給認定の際に必要な税情報や手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">可児市長 様</p>																											

※1 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 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	届出人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( ) 本人確認 <input type="checkbox"/>				

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

記入例

障がい者	フリガナ	カニ タロウ		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	
	受診者氏名	可児 太郎															
	生年月日	大正 昭和・平成・令和	〇年 〇月 〇日	年齢	〇歳	電話番号	0574-〇〇-××△△										
	フリガナ	カニシヒロミ															
	受診者住所	可児市広見〇丁目△番地															
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	7654321				保険者名	可児市										
	該当する所得区分が分からない場合は記入しなくても構いません。				該当する所得区分	重度かつ継続											
	1. 社保本人 2. 社保家族 3. 国保一般 4. 国保退職本人 5. 国保退職家族 6. 生保 7. 老保 8. 後期高齢 9. その他				生保・低1・低2・	中間1	中間2	一定以上	該当 非該当								
	受給者と同一保険の加入者	可児 花子				腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害の方は、該当に〇をうってください。それ以外の方は、非該当に〇をうってください											
受給者と同一保険の加入者個人番号	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7					
身体障害者手帳番号	岐阜県 654321				身体障害者手帳交付年月日	平成28年1月5日											
障がい名	慢性じん炎による自己免疫力が極度に制限される腎臓機能障害				日常生活活動が総合	級				特定疾病療養受療証の有無	有 無						
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護者を含む)	医	受給者と同一保険の加入者について、氏名と個人番号を記入してください。															
	院・療所	〇×病院				所在地・電話番号											
	薬局	△□薬局〇〇店				広見〇-××× 可児市広見〇-×××											
障害者手帳に記載されている“障がい名と等級”及び手帳の総合等級を記入してください。				院外処方の場合は、必ず薬局を指定してください。院内処方の場合は、記入不要です。													
受給者番号 ※2	受給者番号が分からない場合は記入しなくても構いません。																
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。また、当該申請にあたり、支給認定の際に必要な税情報や手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。																	
〇年 〇月 〇日																	
申請者氏名	可児 太郎																
																可児市長 様	

※1 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)のいずれかに〇をする。

※2 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	届出人: □本人 □その他( ) 本人確認 □				