

## 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

受 診 者	フリガナ		性 別	年 齢	生 年 月 日
	受診者氏名		男 ・ 女	歳	年 月 日
	受診者住所				電 話 番 号
	個人番号				
身体障害者手帳番号			障害名・等級		（ 種 級 ）
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				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※2	該当 ・ 非該当
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者含む)		医 療 機 関 名		所 在 地 ・ 電 話 番 号	
受給者番号 ※3					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。</p> <p>なお、この申請に伴う本人負担額の認定に際し、雲南市での私及び同一世帯の者並びに同一保険者の雲南市民税額等及び個人番号、生活保護受給の有無に関する調査を雲南市福祉事務所が行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____ 印    ※4</p> <p style="text-align: center;">年       月       日</p> <p style="text-align: center;">雲南市福祉事務所長    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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※4 申請者氏名については、記名押印また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下さい

市記入欄

申請受付年月日		判定依頼年月日		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		
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					