

自立支援医療（更生医療・育成医療）費支給認定（変更認定）申請書 ※1

障害者・児	フリガナ							年齢				生 年 月 日
	受診者氏名											
	フリガナ							電話番号				
	受診者住所											
	個人番号											
受診者が18歳未満の場合記入	フリガナ							続柄				
	保護者氏名											
	フリガナ							電話番号				
	保護者住所											
	保護者個人番号											
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	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			
身体障害者手帳番号						特定疾病療養受療証		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			
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、この申請に関して必要な税情報や手当の受給状況等について、沼津市福祉事務所長が税務局や年金事務所等に確認することに同意します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>（受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名）</p> <p>年 月 日</p> <p>（宛先） 沼津市福祉事務所長</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 再認定又は変更の方のみ記入をする。

 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		判定依頼年月日		認定年月日	
前所得区分	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（ ）				
その他添付書類	意見書 高額療養費（多数該当）支給証明書 自立支援医療受給者証				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					