

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障がい者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日									
	受診者氏名						年	月	日							
	個人番号															
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		電話番号													
	受診者住所	〒 甲斐市														
	保護者氏名								受診者との関係							
	個人番号								電話番号 ※2							
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															
	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		精神障害者保健福祉手帳番号														
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 ※5																
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 印 ※6																
年 月 日																
甲斐市長 保坂 武 殿																

- ※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○をしてください。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。（空欄でも可）
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。（空欄でも可）
 ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
 ※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でお願いします。

↓ここから下の欄には記入しないでください。

※甲斐市役所 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											
前回の受給者番号						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										
障がい区分	□心臓 □じん臓 □肝臓 □免疫 □肢体等（ ）					申請区分		□新規 □再認定 □変更 □追加								
備考																