

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）															
※該当する新規・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。															
受診者	フリガナ											年齢	生 年 月 日		
	氏 名											歳	年 月 日		
	住 所	〒										電 話 番 号			
	個人番号														
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号					保険種別								
		保険者名													
	受診者と同一保険の加入者	氏名					個人番号								
該当する所得区分									重度かつ継続						
身体障害者手帳番号						受給者番号									
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									
備 考															
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 年 月 日															
甲斐市福祉事務所長 殿															

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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 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（		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				