

自立支援医療費(育成・更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1												
受 診 者	フリガナ							年齢	歳	生年月日		
	氏 名											
	居 住 地							電話番号				
	個 人 番 号											
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ							受診者との関係				
	氏 名											
	居 住 地※2							電話番号※2				
個 人 番 号												
負 担 額 に 関 する 事 項	受診者の被保険者証・組合員証・加入者証の記号及び番号					保険者名称						
	受診者と同一保険の加入者	①					左記の受診者と同一保険の加入者の個人番号	①				
		②						②				
		③						③				
④						④						
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						受給者番号※3						
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)※院内処方の場合、記入は不要です。											
(その他)												
<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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（育成医療の場合は保護者氏名） （自署による署名又は記名押印）</p> <p>(提出先) 川越市長</p>												

※1 該当する医療の種類及び新規・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のみ記入してください。  
 ※3 再認定又は変更の方のみ記入してください。  
 ・・・・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	市町村住民税課税証明書 市町村住民税非課税証明書 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					