

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）						
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	受診者氏名	個人番号：				
受診者が18歳未満	フリガナ		受診者との関係	電話番号		
	受診者住所	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					
	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	有・無		身体障害者手帳番号			
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						
<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;">申請者氏名 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大磯町長 殿</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 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※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 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					