

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）

記入例

※1

障害者・児	フリガナ	ホッカイ ミチオ		性別	男・女	年齢	57歳	生年月日	
	受診者氏名	北海道夫						大昭 平令	43年2月1日
	受診者住所	新ひだか町◆◆☆☆町5丁目6番7号 ハイッ△△888号室				電話番号	090-9090-9090		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係			
	保護者氏名						電話番号 ※2		
	保護者住所 ※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	1234567 8901		保険者名	全国健康保険協会 ●●支部				
	受診者と同一保険の 加入者	北海道海老美、北海道鮭一							
	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	北海道 第 999999 号			精神障害者保健福祉手帳 番号	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				
	■■クリニック								
	○○薬局▲▲店								
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>申請者氏名 北海道夫 印 ※6</p> <p>令和 7 年 8 月 9 日</p> <p>新ひだか町長 様</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 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 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					