

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書

フリガナ			生年月日	年 月 日生(歳)	
受診者氏名			個人番号		
受診者住所	〒 — —		電話	— —	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証等の記号及び番号	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)	保険者名	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)	
	受診者と同一保険の加入者	個人番号	()	個人番号	()
		個人番号	()	個人番号	()
		個人番号	()	個人番号	()
	所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当	
所得の区分に関する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(わからない場合は記入不要です。)					
身体障害者手帳番号	(この申請書に添付する場合は記入不要です。)				
受診を希望する指定自立支援医療機関薬局及び訪問看護事業者等を含む。)	名 称		所在地		
	医療機関				
	薬局(院外処方せんで利用する場合のみ)				
	訪問看護ステーション				
受給者番号	(再認定又は、変更の方のみ記入して下さい。)				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の(新規・再認定・変更)を申請します。 ↑ ↑ ↑ (いずれかに○をして下さい)					
私は、京丹後市が京都府と協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を <申請します・申請しません> (いずれかに○をして下さい。記載のない場合は申請したものとみなします。) なお、この制度を利用するにあたっては、市職員が自立支援医療費の支給認定のため、必要な課税 台帳を閲覧することに同意します。					
京丹後市長 様		年 月 日		申請者氏名	

ここから下には、記入しないで下さい。

(市町村記入欄)

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当	
今回所得区分	A・B1・B2・B3・C1・C2・C3・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当	
所得確認	同意書による確認 課税証明書 非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯証明書添付 その他()				
前回の受給者証番号		今回の受給者番号			
備考	セーフティネット上限負担月額			円	