

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1														
障害者・児	フリガナ							年齢 歳	生 年 月 日					
	受診者氏名								年 月 日					
	フリガナ							電話番号						
	受診者住所													
個人番号						-					-			
未 満 の 場 合 受 診 者 が 1 8 歳	フリガナ							受診者との関係						
	保護者氏名								電話番号 ※2					
	フリガナ													
	保護者住所 ※2													
保護者個人番号						-					-			
負 担 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						
	受診者と同一保険に加入する者の名前及び個人番号	名前						個人番号						
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 ※3														
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 _____ ※4 年 月 日 <div style="text-align: right;">魚沼市長 殿</div>														

※1 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。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 受給者番号については、再認定又は変更の方のみ記入。

※4 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	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		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				月額自己負担上限額	