

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（医療機関・所得区分））

※該当する新規・再認定・変更（医療機関及び所得区分の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

受診者	フリガナ							年齢	生年月日	
	氏名									
	住所							電話番号		
	個人番号									
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者番号			保険種別	
						保険者名				
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号				
該当する所得区分							重度かつ継続			
身体障害者手帳番号					受給者番号					
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					
	医療機関名（病院）：									
	医療機関名（病院）：									
	医療機関名（薬局）：									
	医療機関名（薬局）：									
医療機関名（訪問看護）：										
医療機関名（訪問看護）：										
備考										
<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。 <small>なお、この申請に関して必要な税情報や手当の支給状況等について市が調査・確認することに同意します。 また、受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等）に対し、市が受給者証情報を提供することに同意します。</small></p>										
申請者氏名						年 月 日		浜松市長 中野 祐介 殿		

受診者住所と異なる送付先の変更希望（有・無）
送付先 〒

【更生医療指定医師記載欄】

令和 年 月 日

□今回の再認定申請手続きにおいて、上記受給者（ ）様の 年 月 日付け自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針の内容と変更はありません。
 更生医療指定医療機関名 更生医療指定医師氏名

こちらは再認定の申請前に医療機関で記載してもらった欄です。
 ※受給者ご自身では記載しないでください。

----- 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		
所得確認方法	個人番号 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 （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										