

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)※1							
障がい者・児	ふりがな		性別	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名	個人番号:					
受診者が18歳未満の場合	ふりがな		受診者との関係	電話番号			
	受診者住所	伊達市					
受診者が18歳未満の場合	ふりがな		電話番号 ※2	電話番号			
	保護者氏名	個人番号:					
負担額に関する事項	ふりがな		電話番号 ※2	電話番号			
	保護者住所 ※2	伊達市					
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				
	「世帯」の特例 ※3	申請する ・ 申請しない					
	受診者と同一保険の加入者						
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※5		該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号					
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 ※6							
私は、上記の通り、自立支援医療費の支給を申請します。 ※7							
年 月 日							
申請者氏名 _____ 印							
(宛名)伊達市健康福祉部長							

※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障がい者・児欄及び変更のある事項のみ記入

※2 受診者本人と異なる場合に記入

※3 横面(所得の区分に関するチェックシート)を参照し、どちらかに○をつける。

※4 横面(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○をする。

※5 横面(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○をする。

※6 再認定または変更の方のみ記入

※7 申請者氏名については、記名押印また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。

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	市町村民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		標準負担額減額認定証 その他()		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					