

自立支援医療費（更生）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	生年月日	
	受診者氏名		歳		
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
個人番号					
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		
	受診者と同一保険の加入者				
	受給者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続
身体障害者手帳番号					
受診を希望する医療機関・薬局	医療機関名		所在地・電話番号		
受給者番号 ※2					
治療方針の変更	有・無		診断書の添付口	有・無	
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					
令和 年 月 日					
田辺市長 真砂 充敏 あて					

※1 該当する医療の種類及び新規・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 再認定または変更の方のみ記入。

.....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	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
前回所得区分	生保・低1・低2・中間・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・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（税情報・年金通知書等・通帳）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
診断書の提出					
備考					

受給者本人の年金収入状況について該当する内容にチェックをしてください。

年金の受給状況について	<input type="checkbox"/>	老齢年金（国民・厚生・共済）を受給している。
	<input type="checkbox"/>	障害年金【障害基礎年金・障害年金（厚生・共済）】を受給している ※金額の分かるものを添付してください。（年金通知書・通帳等）
	<input type="checkbox"/>	遺族年金（基礎・厚生・共済）を受給している。 ※金額の分かるものを添付してください。（年金通知書・通帳等）
	<input type="checkbox"/>	特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当を受給している
	<input type="checkbox"/>	上記のいずれも受給していない。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 受給者本人以外（下記に記入） <input type="checkbox"/> 郵送申請		
氏名		続柄	
住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同居 <input type="checkbox"/> 別住所（下記に住所をご記入ください） 〒 _____ TEL : _____		

※市使用欄

【申請書提出者の本人確認】

- 障害者手帳（身体・療育・精神）
 運転免許証
 マイナンバーカード
その他（保険証・年金証書・自立支援医療受給者証・ _____)