

様式第27号(第15条関係)

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）						
下記の申請内容について各関係機関に調査・照会・閲覧等することに同意します。						
障害者・児	フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名	個人番号:				年 月 日
	フリガナ			電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係		
	保護者氏名	個人番号:				
負担額に関する事項	フリガナ			電話番号	※1	
	保護者住所	※1				
	受診者の被保険者証の記号および番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者			受診者の属する被保険者証の記号および番号		
	該当する所得区分	※2 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	※3 該当 ・ 非該当
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		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	※4					
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						
年 月 日						
小浜市長 様						

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 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		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						