

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

申請の内容に○をつける。

障害者・児	フリガナ	ナラ サクラ						年齢	平成 〇 年 △ 月 × 日				
	受診者氏名	奈良 桜							令和				
	フリガナ	ナラシサンジョウホンマチ						電話番号	0742-〇〇-××××				
	受診者住所	奈良市三条本町〇〇											
	個人番号	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	ナラ イチロウ						受診者との関係	父				
	保護者氏名	奈良 一郎											
	フリガナ							電話番号 ※2	受診者と異なる場合に記入。				
保護者住所 ※2													
	保護者個人番号	1	1	1	1			2		3	3	3	3
負担額に関する事項	受診者の被保険者の記号及び番号	記号 1 2 3				番号 4 5 6 7 8		保険者名	〇〇健康保険組合				
	受診者と同一保険の加入者	奈良 一郎						奈良 かおる					
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上							重度かつ継続 ※4	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						
	〇〇病院 △△薬局						奈良市二条大路南〇〇 0742-34-×××× 奈良市二条大路南口〇〇 0742-34-〇〇〇〇						
	受給者番号 ※5												
（あて先）奈良市 既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入。 〇〇 年 □ 月 △ 日 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 奈良 一郎 治療を受ける病院（意見書の病院）を記入。薬局等も利用の場合は、併せて記入。													

※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 受診者本人と異なる場合に記入。
※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 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 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								
所得確認方法	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（ 同意書による確認 / その他 ）														
前回の受給者番号						今回の受給者番号									
備考															