

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 ）														申請の内容に○をつける。			
※1																	
障害者・児	フリガナ	ナラ サクラ						年齢	7	歳	生年月日						
	受診者氏名	奈良 桜							平成	〇	年	△	月	×	日		
	フリガナ	ナラシサンジヨウホンマチ						電話番号	0742-〇〇-XXXX								
受診者住所	奈良市三条本町〇〇						医療を受ける方の氏名を記入。										
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							受診者と異なる場合に記入。								
	フリガナ	保護者住所 ※2						電話番号 ※2	受診者と異なる場合に記入。								
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 123				番号 45678				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-XXXX 奈良市二条大路南〇〇 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 〇月 〇日																	
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						
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													