

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

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	※1 生 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所					電話番号	平成 令和	年 月 日
	個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2		
	保護者個人番号							
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							
	受診者と同一保険の加入者個人番号							
	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			
受給者番号 ※5								
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無		診断書の添付		有 ・ 無			
（あて先）奈良市長 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 ㊟ ※7								

- ※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。
- ※6 継続申請の方のみ記入。
- ※7 申請者氏名については、記名押印又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。

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					