

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				性別	男・女	年齢	7 歳	生 年 月 日				平成 ○ 年 △ 月 × 日	
	受診者氏名	奈良 桜													
	フリガナ	ナラシサンジョウホンマチ				医療を受ける方の氏名を記入。			電話番号	0742-00-XXXX					
	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				受診者と異なる場合に記入。									
	フリガナ	保護者住所				受診者が加入している被保険者証の記号及び番号を記入。			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	受診者の被保険者証の記号及び番号	記号 123 番号 45678				保険者名			〇〇健康保険組合				受診者が加入している保険者名を記入。		
	受診者と同一保険の加入者	奈良 一郎				奈良 かおる			受診者と同一保険に加入している全ての方について名前と個人番号を記入。書ききれない場合は、下部の余白部分等に記入してください。						
	受診者と同一保険の加入者個人番号	111122223333				333344445555									
	該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※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				手帳をお持ちの方はその番号を記入。			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□□ 0742-34-0000							
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												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 印 ※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											