

自立支援医療費(更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)													
※該当する新規・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。													
受診者	フリガナ							年齢	生 年 月 日				
	氏 名								年 月 日				
	住 所	〒						電 話 番 号					
	個人番号												
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者番号					保険種別		
						保険者名							
	受診者と同一保険の加入者	氏 名				個人番号							
	該当する所得区分						重度かつ継続						
身体障害者手帳番号						受給者番号							
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						
備 考													
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 大崎町長 殿													

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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					