別紙様式第１号

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（　新規　・　再認定〈継続〉　・　変更　）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和　年　月　日	
	フリガナ 受診者住所			電話番号		
	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 ※6、※7	有　・　無		

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

申請者氏名

令和　　年　　月　　日　　高石市福祉事務所長　殿

※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（診断書の提出が２年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）
※7　前年度（１年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

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（　　）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備　考					