

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	受診者氏名			年齢	歳	生年月日 令和・平成・昭和・大正・西暦 年 月 日
	受診者住所			電話番号		
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名			受診者との関係		
	保護者住所 ※2			電話番号 ※2		
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	番号	連番	保険者名 (☑してください)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> 甲賀市 <input type="checkbox"/> 滋賀県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()
	受診者と同一保険の加入者					
	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	区・市・都・道・府・県 第 _____ 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		
	病院					
	薬局（利用予定がある場合）					
訪問看護（利用予定がある場合）						
受給者番号 ※5						
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 甲賀市長 様				私は、自立支援医療の支給申請にあたり、甲賀市長が当該支給決定に必要な市民税課税額、手当受給状況等の関係公簿を確認することに同意します。 申請者氏名 年 月 日		

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

非課税年金の受給に関する聞き取り	
・障害年金（ _____ 級）	_____ 円/2箇月
・遺族年金	_____ 円/2箇月

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市役所記入欄

申請受付年月日	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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類 ()	標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			