

自立支援医療費(育成・更生)支給認定(変更認定)申請書

(宛先)久慈市福祉事務所長

次のとおり自立支援医療費の支給認定(変更認定)を申請します。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名				年齢	生年月日		
	個人番号				歳			
	フリガナ 受診者住所				電話番号			
満 の 場 合 受診者が十八歳未	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係			
	個人番号							
	フリガナ 保護者住所				電話番号			
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			受診者の属する被保険者証の記号及び番号				
	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	該当・非該当		
身体障害者手帳番号								
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								

※ 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

申請受付年月日				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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 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								