

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規 再認定 変更）															※1				
受診者	フリガナ											年齢	歳	生 年 月 日					
	受診者氏名													年 月 日					
	個人番号																		
	フリガナ																電話番号		
	受診者住所																		
(受診者が18歳未満の場合)	フリガナ											受診者との関係							
	保護者氏名																		
	個人番号																		
	フリガナ																電話番号 ※2		
	保護者住所 ※2																		
負担額に関する事項	受診者の健康保険の記号及び番号						保険者名												
	受診者と同一保険の加入者及び個人番号																		
	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 ※3																			
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 (あて先) 印西市福祉事務所長																			

- ※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 再認定又は変更の方のみ記入

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

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
所得確認書類	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					