

【 記 載 例 】

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書 （新規・再認定・変更） ※1											
障害者	フリガナ	アカシ ハナコ			性別	男・ 女	年齢	30 歳	申請の内容に○をつける。 生 年 月 日		
	受診者氏名	明石 花子 個人番号：123456789012							明治・大正 昭和 ・平成 60 年 1 月 1 日		
	受診者住所	〒673-8686 明石市 中崎1-5-1			電話番号		918-1344				
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	なし		番号	1234567		保険者名	明石市 国保 健保組合・共済組合 全国健康保険協会 支部 後期高齢者医療・生活保護法		
	受診者と同一保険の加入者・個人番号	明石 太郎 ・ 次郎 123456789012 ・ 123456789012			医療を受ける方と同一保険に加入している方の全ての氏名・個人番号を記入する。						
	該当する所得区分 ※2	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※3	該当 ・ 非該当				
身体障害者手帳番号		兵東加 第12345号			手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。						
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・診療所	あかし病院			〒673-0001 明石市中崎1丁目1番1号 ☎918-1111						
	病院・診療所				〒 ☎						
	薬局	あかし薬局			〒673-0002 明石市中崎2丁目2番2号 ☎918-2222						
	訪問看護事業者	訪問看護ステーションあかし			〒673-0003 明石市中崎3丁目3番3号 ☎918-3333						
受給者番号 ※4		既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※5（なお、私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市民税等の調査を依頼します。）</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 明石花子</p> <p>令和 元年 5月 1日</p> <p style="text-align: center;">明石市長 様</p>											

- ※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○をする。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 調査を依頼されない場合には、二重線でこの行を抹消してください。

-----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
所得確認書類	市町村市民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村市民税非課税証明書 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					