別記様式第１号

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）　※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日	
	フリガナ 受診者住所					電話番号		
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								
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								

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　　㊞　※6

年　　月　　日

串本町長　　様

※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　再認定又は変更の方のみ記入。
※6　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		前回の認定期間			
今回の受給者番号		今回の有効期間			
備　考					

別記様式第１号

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）　※1								
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	クシモト　イチロウ 串本　一郎	性別	男・女	年齢	○○歳	生年月日 △△年△△月△△日	
	フリガナ 受診者住所	クシモトチョウクシモト△△△バンチ 串本町串本△△△番地				電話番号	○○－○○○○	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	クシモト　タロウ 串本　太郎				受診者との関係	父	
	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		和歌山県　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 △△△△△病院	所在地 串本町串本△△△番地				電話番号 ○○－○○○○	
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　串本　太郎　㊞　※6

△△年△△月△△日

串本町長　様

※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　再認定又は変更の方のみ記入。
※6　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		前回の有効期間			
今回の受給者番号		今回の有効期間			
備　考					