

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

受診者	フリガナ 受診者氏名	年齢	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
		歳	個人番号				
	受診者現住所	電話番号 ※2					
	受診者令和8年 1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる（下記に記入してください）					
保護者	フリガナ 保護者氏名	受診者との関係	個人番号				
	保護者住所	電話番号 ※2					
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者名	<input type="checkbox"/> 資格情報確認済み				
	受診者と同一保険の加入者氏名 ※3	<input type="checkbox"/> いない（受診者のみ又は受診者が被保険者） <input type="checkbox"/> いる（裏面へ記入して下さい）	受診者と同一保険加入者の個人番号 ※3	（裏面へ記入して下さい）			
	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		
年金等の受給状況	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> その他の障害を事由とする給付金等（ ） 《例》特別障害給付金・特別障害者手当・障害補償給付（労災年金及び一時金）など <input type="checkbox"/> 受給なし			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				
	病院						
薬局等							
受給者番号 ※4							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、この申請に係る所得、課税状況、年金等受給状況、世帯状況及び健康保険資格情報を貴市が官公庁、関係人に調査、報告をもとめることに同意します。 申請者氏名 ※5 令和 年 月 日 <p style="text-align: right;">徳島市長 殿</p>							

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入してください）						
フリガナ氏名			申請者との関係				
住所・電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（下記に記入してください）			電話番号 ※2			
備考							

- ※1 該当する区分、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○をしてください。
- ※2 平日の昼間にお話ができる電話番号を記入してください。 ※3 受診者と同一保険の加入者が複数いる場合、裏面に記入してください。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※5 申請者氏名については、受診者氏名を記名してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身・療・精） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------	--

負担額に関する事項	受診者と同一保険の加入者	1人目	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日											
				個人番号															
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要						受診者との関係									
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要															
		2人目	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日											
				個人番号															
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要						受診者との関係									
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要															
		3人目	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日											
				個人番号															
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要						受診者との関係									
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要															
		4人目	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日											
				個人番号															
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要						受診者との関係									
	1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要																	
5人目 ※6	フリガナ氏名	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日													
		個人番号																	
	現住所	受診者と同じ場合は記入不要						受診者との関係											
	1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要																	

※6 6人以上、受診者と同一保険の加入者がいる場合は、申し出て下さい。追加の用紙を御用意します。

----- 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		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	個人番号 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			