

## 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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名						大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	フリガナ		電話番号							
	受診者住所									
	個人番号									
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						電話番号 ※2			
	フリガナ	☐ 受診者と同じ								
	保護者住所 ※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									
	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					精神障害者保健福祉手帳番号					
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										
治療方針の変更 ※6	有・無				診断書の添付 ※6、※7	有・無				
<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。</p> <p>申請者氏名 印 ※8</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>飯田市長 殿</p>										

- ※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 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 再認定または変更の方のみ記入。  
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）  
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）  
 ※8 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		到達年月日		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
所得確認方法	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		
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規					
備考						

本人・代理人	身元確認	一号書類(1点で可) ☐顔カ・☐免・☐ハ・☐在・☐住カ(B)・☐身 ☐その他( )	二号書類(2点以上) ☐保・☐介・☐受給証・☐年手 ☐その他( )	(左記の組合せで可とするもの) ☐学証・☐社証・☐診 ☐その他( )	開取の確認 確認事項	法人の場合 ☐登記事項証明 ☐社員証	確認者
	番号確認	☐個人番号カード ☐通知カード ☐個人番号記載住民票・記載事項証明書	☐保有特定個人情報 ☐住基検索	代理確認 ☐法定代理人(口戸・口住・口成後・口その他 ☐委任状 ☐本人の一号/二号書類( )			