

【記入例】		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）				申請の内容に○をつける。			
障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	20歳	生年月日	大正昭和平成令和 ○○年 △△月 ××日
	受診者氏名	厚労 花子		医療を受ける者の					
	フリガナ	トウキョウト チヨダク カスミガセキ		電話番号	0123-45-6789				
	受診者住所	東京都千代田区霞ヶ関○-△-							
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者と					
	保護者氏名			28年1月から、12桁のマイナンバーをご記入いただきます。窓口での申請時は、運転免許証等で本人確認をいたします。郵送での提出時は、マイナンバー通知カードと、運転免許					
	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	135790		保険者名	○○○○組合				
	受診者と同一保険の加入者	厚労 花男、厚労 花美							
	受診者と同一保険の加入者個人番号	123456789012 ・ 987654321098							
	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	123456789		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		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。		所在地・電話番号				
	○○○○病院 □□□□薬局		重複申請するのであれば、全て		東京都千代田区霞ヶ関○○○ ○○-×××× 東京都千代田区霞ヶ関□□□ □□-××××				
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					
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		厚労 花子		印 ※8					
		令和 ○○年 △△月 ××日							
		飯田市長		殿					

- ※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 市町村住民税課税証明書 市町村住民税非課税証明書 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) □顔か・□免・□ハ・□在・□住か(B)・□身 □その他()	二号書類(2点以上) □保・□介・□受給証・□年手 □その他()	(左記との組合せで可とするもの) □学証・□社証・□診 □その他()	関係の確認 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(□戸・□住・□成後・□その他) □委任状 □本人の一号/二号書類()			