

自立支援医療費(更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1														
障がい者・児	フリガナ 受診者氏名							性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
												年 月 日		
	個人番号													
	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			
	個人番号													
	フリガナ 保護者住所 ※2										電話番号 ※2			
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							保険者氏名						
	受診者と同一保険の加入者													
	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 年 月 日 湖南省福祉事務所長 あて									同意書 私は、自立支援医療の支給申請に係る利用者負担額の支給決定にあたり、湖南省の課税台帳等の関係公募を閲覧することについて同意します。 年 月 日 申請者氏名					

※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○をしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。

※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。 -----

市役所記入欄					
申請受付年月日	年 月 日			認定年月日	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
世帯の市町村民税	課税(市町村民税)			自己負担 上限額	円
課税状況 等	非課税(本人収入額)	800,000円以下・800,000円を超える			
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					