

様式第17号(第14条関係)

自立支援医療（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）													
※1													
障害者・児	フリガナ						年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名								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												
	フリガナ						電話番号 ※2						
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													
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 印 ※6													
年 月 日													
岩見沢市福祉事務所長 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 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		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	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					