

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・医療機関変更・自己負担上限額変更）															
フリガナ												性別	生年月日		
受診者氏名												男・女	年 月 日		
個人番号												電話番号			
受診者住所		檀原市													
受診者の被保険者 資格情報		社保（本人・家族）・ 国保 ・ 後期高齢 生活保護 ・ その他（ ）										特定疾病療養受療証 ※人工透析を受けている方		あり ・ なし	
身体障害者手帳 番号												障害名	機能障害		
指定自立支援医療機関		機 関 名										所 在 地・ 電 話 番 号			
病院・診療所															
薬局															
その他															
再認定を申請される 方		前回の治療内容										病状の変化及び治療方針等の変更の有無 ※1 有 ・ 無			
（宛先）檀原市福祉事務所長 私は、自立支援医療の支給認定に際し、私と同一の「世帯（※2）」に属する者の市民税、加入している医療保険の資格情報並びに児童扶養手当・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当及び生活保護等の受給状況について照会されること、自立支援医療の申請状況及び受給資格に関する医療機関等各関係機関からの照会に対して、檀原市が回答することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 《非課税世帯の方に伺います》 ○年金を受給していますか？ （はい・いいえ） ○年金の種類は何ですか？ （老齢年金・障害年金・遺族年金） ○年金収入と他の所得の合計額は年間80万円以下ですか？ （はい・いいえ） ※年金収入と他の所得の合計額が80万円以下の方は、受給されている全ての年金振込通知書又は改定通知書の写しを添付してください。添付がない場合は80万円超の所得区分で自己負担上限額を決定します。															

※ 虚偽の申請が発覚した場合は、認定の取消又はこの申請を却下する場合があります。
※1 再認定の申請をされる方について、病状の変化及び治療方針等の変更がある場合は医師の意見書を提出してください。
※2 「世帯」とは、受診者と同じ保険に加入している方全員をいいます。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

檀原市記入欄					
申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			前回所得区分	
受給者番号					