

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）									
※1									
受 診 者	フリガナ				年齢	歳	生 年 月 日		
	受診者氏名						明治 大正 昭和 平成 令和	年	月
	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	受診者の加入医療保険の記号及び番号				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	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		
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					前回有効期限				
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									
令和 年 月 日									
美 郷 町 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。

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				
備 考							市町村担当者個人番号確認欄 ☐		