

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書 〔 新規・再認定・変更・他市町村からの転入・再発行（理由： ） 〕 ※1													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									明治 大正 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ												
	受診者住所	宗像市						電話番号					
	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				
障害年金等		無 有 （種類： ）											
身体障害者手帳番号								特定疾病療養受療証の有無	有 ・ 無	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								既存の受給者証の有効期限 ※6	年 月 日				
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 ※6 令和 年 月 日 宗像市福祉事務所長 あて													

※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と。
 注）申請の際には、意見書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

----- 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 同意書に基づく税務局等調査 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					