

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）						
※1						
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	生年月日
	受診者氏名					年
	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	
	保護者住所 ※2				※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					
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無		診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無	
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、自立支援医療費の支給決定のため、私（受診者）の世帯の住民登録資料、税務情報その他（個人番号含む）その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">東松島市社会福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>						

- ※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。
- ※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 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

 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		
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規				
備考					